

**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

TEMA:

**Entre la angustia del practicante y las demandas hospitalarias:
Una oportunidad para la formación clínica.**

AUTORA:

Moncada Godoy, Zuska Libeth

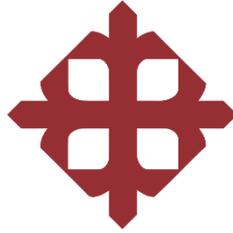
**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
Licenciada en Psicología Clínica**

TUTOR:

Psic. Cl. De la Rosa García, José Miguel, Mgs

Guayaquil, Ecuador

24 de febrero del 2025



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Moncada Godoy, Zuska Libeth**, como requerimiento para la obtención del título de **Licenciada en Psicología Clínica**.

TUTOR

Firmado digitalmente por
JOSE MIGUEL DE LA ROSA GARCIA
Fecha: 2025.02.11
13:13:10 -05'00'

f. _____

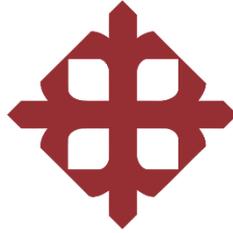
Psic. CI. De la Rosa García, José Miguel, Mgs.

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

Psic. CI. Estacio Campoverde, Mariana de Lourdes, Mgs.

Guayaquil, a los 24 del mes de febrero del año 2025



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Moncada Godoy, Zuska Libeth**

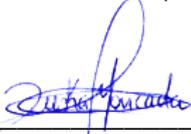
DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Entre la angustia del practicante y las demandas hospitalarias: Una oportunidad para la formación clínica** previo a la obtención del título de **Licenciada en Psicología Clínica**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

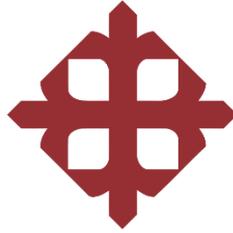
En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 24 del mes de febrero del año 2025

LA AUTORA

f. 

Moncada Godoy, Zuska Libeth



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

AUTORIZACIÓN

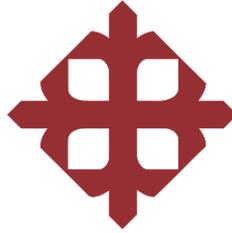
Yo, **Moncada Godoy, Zuska Libeth**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Entre la angustia del practicante y las demandas hospitalarias: Una oportunidad para la formación clínica**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 24 del mes de febrero del año 2025

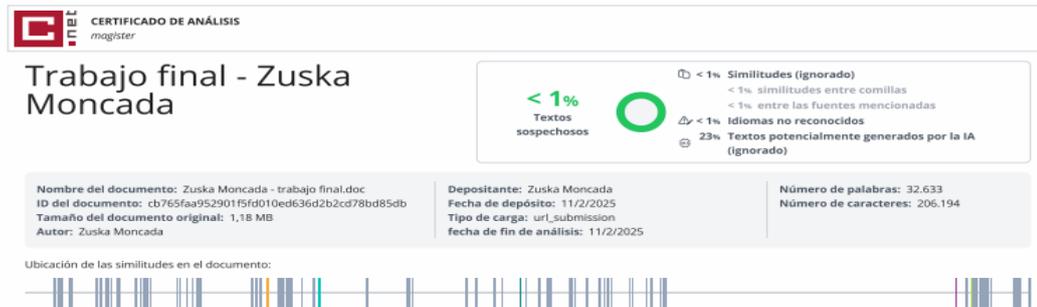
LA AUTORA:

f. 
Moncada Godoy, Zuska Libeth



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

INFORME DE COMPILATIO



TEMA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN: Entre la angustia del practicante y demanda hospitalaria: Una oportunidad de formación clínica del practicante.

AUTORA: Moncada Godoy, Zuska Libeth

INFORME ELABORADO POR:

TUTOR

f.

Firmado digitalmente por
JOSE MIGUEL DE LA ROSA
ROSA GARCIA
Fecha: 2025.02.11
13:13:10 -05'00'

Psic. Cl. De la Rosa García, José Miguel, Mgs.

Guayaquil, a los 24 días del mes de febrero del año 2025

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios, pues estoy convencida de que sin Él nada de esto hubiera sido posible. Su amor me ha sostenido desde el primer día.

A mi hermosa familia, gracias por velar siempre por mi bienestar y dar lo mejor de ustedes para que nunca me falte nada.

A Míster Andrés y Míster Jairo, de quienes me inspiré y recibí mucho apoyo y cariño. Siempre los llevaré en mi corazón.

A mis amigos, les agradezco por cada reunión y conversación en la facultad, que aliviaron el estrés y se convirtieron en un refugio en los momentos difíciles.

Un agradecimiento especial a Laura y a Andrés, por acogerme y escucharme siempre: en cada recorrido en el carro, en el hospital, en la hora del almuerzo, en la universidad y en sus hogares.

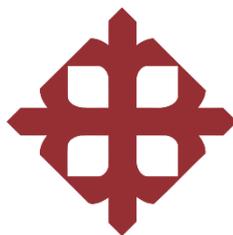
Finalmente, mi gratitud a cada profesor que supo despertar en mí el deseo de seguir aprendiendo, así como por la paciencia y la pasión por la enseñanza que tanto los caracteriza.

DEDICATORIA

A todos aquellos estudiantes y practicantes que en alguna vez han sentido que la institución les ha sobrepasado, que dudaron de su propio valor y capacidad.

A quienes, aun con miedo, siguieron adelante,
buscando un sentido, un lugar, una voz.

No están solos.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

(NOMBRES Y APELLIDOS)

DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

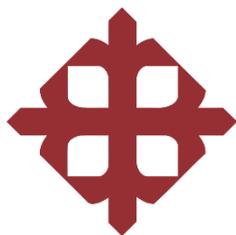
(NOMBRES Y APELLIDOS)

COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

(NOMBRES Y APELLIDOS)

OPONENTE



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

CALIFICACION

ÍNDICE

RESUMEN.....	XIV
ABSTRACT	XV
INTRODUCCIÓN.....	2
Planteamiento del problema.....	5
Pregunta general.....	8
<i>Preguntas específicas</i>	8
Objetivo general:	8
<i>Objetivos específicos:</i>	8
Justificación.....	8
ANTECEDENTES.....	11
CAPÍTULO 1.....	17
La angustia: Afecto que no engaña	17
Angustia y deseo del Otro	18
Angustia de castración	20
Angustia señal.....	21
Cuando falta la falta	23
CAPÍTULO 2.....	25
El Hospital.....	25
LA demanda y la institución.....	27
Los cuatro discursos	29
Discurso del Amo	33
Discurso Universitario	36

El discurso de la histeria	39
Discurso del analista	44
CAPÍTULO 3.....	48
La formación del practicante	48
El análisis personal	50
Las supervisiones.....	53
El deseo del analista / el deseo más allá de la demanda.....	56
CAPÍTULO 4.....	59
Metodología	59
Enfoque.....	59
Paradigma.....	59
Método	60
Técnicas e instrumentos de Investigación.....	60
Cuestionarios	61
Revisión bibliográfica	61
Viñeta Clínica	61
Población.....	62
CAPÍTULO 5.....	63
Presentación y análisis de resultados.....	63
Presentación.....	63
Análisis de resultados	75
Análisis del cuestionario.....	75
Variable 1: Angustia	75

Variable 2: La Institución (Demanda y Discursos).....	76
Variable 3: Deseo y Formación del Practicante.....	79
Análisis de viñeta clínica	82
CONCLUSIONES	85
REFERENCIAS	87
ANEXOS.....	92

Índice de tablas

Tabla 1 <i>La Angustia</i>	63
Tabla 2 <i>La Institución (Demanda y Discursos)</i>	65
Tabla 3 <i>Deseo y Formación del practicante</i>	68

RESUMEN

La presente investigación analizó cómo la demanda institucional hospitalaria generó angustia en los practicantes de psicología clínica y de qué manera esta experiencia movilizó su deseo de formación clínica. En el contexto hospitalario, los practicantes enfrentaron exigencias que requerían respuestas inmediatas, lo que limitó la posibilidad de intervenciones profundas y generó una presión significativa. Se examinaron conceptos clave como la angustia, la demanda institucional y la formación clínica, con el objetivo de proponer estrategias que les permitan desarrollar un saber-hacer ante la contingencia hospitalaria. Además de evidenciar el impacto de la demanda institucional, esta investigación buscó visibilizar las dificultades que los practicantes atraviesan en la institución, destacando la importancia de la supervisión de casos, el análisis personal y la actualización epistemológica como herramientas fundamentales para fortalecer su formación. Para ello, se utilizó un enfoque cualitativo basado en cuestionarios semiestructurados y el análisis de viñetas clínicas, lo que permitió comprender sus vivencias frente a la presión y las expectativas institucionales. Los resultados reflejaron que la supervisión, el análisis personal y la actualización teórica fueron estrategias esenciales para afrontar la angustia y consolidar la práctica clínica en el ámbito hospitalario.

Palabras Claves: ANGUSTIA; DEMANDA INSTITUCIONAL; INSTITUCIÓN HOSPITALARIA; DESEO; FORMACIÓN CLÍNICA

ABSTRACT

The present research analyzed how hospital institutional demand generated anxiety in clinical psychology practitioners and how this experience mobilized their desire for clinical training. In the hospital context, practitioners faced demands that required immediate responses, which limited the possibility of in-depth interventions and generated significant pressure. Key concepts such as anxiety, institutional demand and clinical training were examined, with the aim of proposing strategies that allow them to develop know-how in the face of hospital contingency. In addition to evidencing the impact of institutional demand, this research sought to make visible the difficulties that practitioners go through in the institution, highlighting the importance of case supervision, personal analysis and epistemological updating as fundamental tools to strengthen their training. To do this, a qualitative approach was used based on semi-structured questionnaires and the analysis of clinical vignettes, which allowed us to understand their experiences in the face of institutional pressure and expectations. The results reflected that supervision, personal analysis and theoretical updating were essential strategies to face distress and consolidate clinical practice in the hospital setting.

Keywords: DISTRESS; INSTITUTIONAL DEMANDS; CLINICAL TRAINING; PSYCHOLOGY TRAINEES; HOSPITAL SETTING.

INTRODUCCIÓN

La demanda institucional hospitalaria se manifiesta frecuentemente en las solicitudes de interconsulta por parte de los médicos, quienes buscan respuestas rápidas a situaciones que exceden su conocimiento. Aunque los psicólogos intentan proporcionar alguna orientación inicial, es crucial abrir un espacio para un análisis más profundo, lo que a menudo genera un alivio temporal en la urgencia médica:

Muchas veces, el pedido de interconsulta viene junto a una demanda médica. Como explicamos al principio, al encontrarse con algo para lo que no tienen respuesta, los médicos nos solicitan a nosotros que se la demos lo antes posible. Suele pasar que, al terminar la primera entrevista con un paciente, los médicos nos pregunten qué era lo que pasaba y cómo se resuelve. A veces respondemos con alguna coordenada que haya surgido en el encuentro, pero principalmente tratamos de dar lugar a un tiempo, de abrir un paréntesis tanto entre el paciente y su urgencia, como entre la medicina y su apuro. 'Vamos viendo -les decimos- vamos a seguir pasando'; esto suele tener un efecto de alivio" (Diéguez, 2022, p. 3).

La angustia de los practicantes de psicología clínica está relacionada con la incertidumbre sobre su papel frente al deseo del Otro. Este deseo, que surge como una falta en el Otro, provoca en los practicantes una profunda angustia al no poder determinar qué representan para ese deseo:

Existe una relación esencial de la angustia con el deseo del Otro. Este Otro es el Otro como lugar del significante, es el Otro en el punto donde se caracteriza como falta. Aparece el objeto a como lo que da testimonio de una falta radical en ese Otro. La angustia da cuenta de este objeto y de esta manera se puede afirmar que la angustia es ante el deseo del Otro y surge en el sujeto al no saber lo que representa como objeto para el deseo del Otro. En este caso ¿Qué soy para el Otro? y ¿Qué quiere de mí? surgen como interrogantes fundamentales" (Bellón, 2016, p. 2).

La demanda institucional hospitalaria, al exigir respuestas rápidas y efectivas por parte de los psicólogos clínicos, genera una presión que contribuye significativamente a la aparición de la angustia en los practicantes. Esta angustia se ve exacerbada por la incertidumbre sobre su rol y valor frente al deseo del Otro, ya que los practicantes luchan por encontrar su lugar en un entorno que demanda soluciones inmediatas, pero que también los confronta con sus propias limitaciones y dudas.

En relación con el Instituto de Investigación en Ciencias Sociales y del Comportamiento (2023), la investigación se corresponde con el Dominio 5: Educación, comunicación, arte y subjetividad, dado que este dominio abarca el campo de la psicología:

Entendemos la subjetividad como el proceso de construcción de sentido a lo largo de la vida, que involucra el aprendizaje, la cultura y la comunicación en tanto su orientación es la producción sistemática y permanente de significados que convierte a los sujetos en únicos e irrepetibles. (párr. 1)

Conforme a la problemática que se investiga, este dominio permite un análisis desde la Psicología, destacando su riqueza en diversidad de enfoques, fundamentos, métodos y procesos. En este caso, el objeto de la Psicología se centra en la subjetividad, la producción de sentido, y las interacciones intra e intersubjetivas. Por lo tanto, este dominio ofrece una base sólida para orientar la presente investigación, que abordará la relación entre la demanda institucional hospitalaria y la angustia en los practicantes de psicología clínica, enfatizando la influencia de la subjetividad y las dinámicas institucionales en el entorno hospitalario.

El eje de la Secretaría Nacional de Planificación (2021) con el que guarda correspondencia la investigación es el Eje 6: Social, relacionado con la salud gratuita y de calidad. Esto se fundamenta en la necesidad de brindar una atención integral al usuario. Según la Secretaría Nacional de Planificación (2021):

Existe la necesidad de brindar una atención oportuna, de calidad y accesible a todos los usuarios que forman parte del Sistema Nacional de Salud. Esta atención debe contemplar todas las dimensiones del derecho a la salud: promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles. (p. 61)

La investigación es particularmente relevante, ya que se centra en cómo la demanda institucional hospitalaria impacta en la salud mental de los practicantes de psicología clínica. Al saber manejar la angustia y el estrés, los practicantes estarán en mejores condiciones para proporcionar un servicio de mayor calidad a la comunidad, alineándose con el Objetivo 6 de garantizar el derecho a la salud integral, gratuita y de calidad, mejorando las condiciones para el ejercicio de este derecho, abarcando la prevención y promoción en el contexto hospitalario.

De acuerdo con la Secretaría Nacional de Planificación (2021), el objetivo con el que se relaciona la investigación es el Objetivo 4: Educación de calidad. Este objetivo busca "garantizar una educación inclusiva, equitativa y de calidad y promover oportunidades de aprendizaje durante toda la vida para todos" (p.27). En línea con este objetivo, se establece:

De aquí a 2030, asegurar que todos los alumnos adquieran los conocimientos teóricos y prácticos necesarios para promover el desarrollo sostenible, entre otras cosas mediante la educación para el desarrollo sostenible y los estilos de vida sostenibles, los derechos humanos, la igualdad de género, la promoción de una cultura de paz y no violencia, la ciudadanía mundial y la valoración de la diversidad cultural y la contribución de la cultura al desarrollo sostenible. (p. 28)

Esta relación es clave para la investigación, ya que al proporcionar a los practicantes de psicología clínica una formación teórica y práctica de calidad, se les dota de las herramientas necesarias para manejar de manera efectiva la demanda institucional hospitalaria. Esto, a su vez, permite un mejor manejo de la angustia y el estrés, mejorando la calidad del servicio ofrecido a

la comunidad y promoviendo un entorno de aprendizaje continuo y sostenible en el ámbito de la salud.

Planteamiento del problema

En el hospital donde realicé mis prácticas preprofesionales, la demanda institucional hospitalaria, ejercida en su mayoría por los médicos, requiere de una respuesta inmediata a los malestares subjetivos de los pacientes. Hay que tener en cuenta que la expectativa de estadía de los pacientes es muy corta ya que es un centro principalmente de atención médica, por lo cual, las personas que acuden no van por una atención psicológica. Sin embargo, muchos de estos pacientes evidencian malestares que van más allá de lo físico, y es aquí donde nosotros, los practicantes de psicología intervenimos.

Según nuestra formación teórica, sabemos que el tratamiento psicológico requiere tiempo y varias sesiones para que el paciente trabaje su malestar y logre un cambio o mejora significativa. No obstante, en el ambiente hospitalario, nos vemos presionados para atender y "sanar" de inmediato, ya que es posible que el paciente sea dado de alta al día siguiente. Recuerdo claramente una situación en una de las salas de hospitalización donde un doctor me pidió que atendiera a una madre que estaba alterada por el diagnóstico de su bebé, refiriendo: "Hable con ella para que lo asimile", como si tuviéramos la capacidad de convencer y hacer que la persona se sienta bien instantáneamente. Me acerqué a la madre y me di cuenta de que en ese momento ella no necesitaba asimilar el diagnóstico, sino de un espacio de contención emocional. Definitivamente, ella tenía mucho más que decir y procesar, pero no sabía si la volvería a ver al día siguiente porque podrían darle el alta y el seguimiento terapéutico hubiera sido interrumpido.

De acuerdo con lo expresado es evidente que los practicantes de psicología clínica enfrentan demandas inmediatas y urgentes por parte de la institución hospitalaria cuando fenoméricamente los pacientes o familiares están alterados. Esta presión puede desencadenar altos niveles de ansiedad y estrés que de acuerdo con el enfoque psicoanalítico esto puede devenir como angustia.

La demanda institucional hospitalaria ha sido ampliamente discutida en la literatura especializada, especialmente desde una perspectiva psicoanalítica. Diéguez (2022) afirmó que:

Muchas veces, el pedido de interconsulta viene junto a una demanda médica. Como explicamos al principio, al encontrarse con algo para lo que no tienen respuesta, los médicos nos solicitan a nosotros que se la demos lo antes posible. Suele pasar que al terminar la primera entrevista con un paciente, los médicos nos pregunten qué era lo que pasaba y cómo se resuelve. A veces respondemos con alguna coordenada que haya surgido en el encuentro, pero principalmente tratamos de dar lugar a un tiempo, de abrir un paréntesis tanto entre el paciente y su urgencia, como entre la medicina y su apuro. (p. 3)

Esta afirmación es relevante porque en muchas ocasiones, el pedido de interconsulta con psicología viene acompañado de una demanda médica urgente. Los médicos, al enfrentarse a situaciones para las cuales no tienen respuesta inmediata, solicitan a los psicólogos que intervengan lo más pronto posible. Como resultado, los practicantes se ven inmersos en la tensión entre la urgencia del paciente por encontrar un alivio inmediato y la importancia de construir un espacio terapéutico que posibilite un el emerger del sujeto.

La formación de los psicólogos clínicos en Ecuador plantea importantes implicaciones para la práctica clínica dentro del sistema hospitalario. En el 2019 se realizó un estudio cuantitativo de alcance descriptivo, en el cual demostraron que “formación profesional con menor tiempo de entrenamiento (menos discusión teórica, investigación en el campo, manejo de la ética y tiempo de consolidación de métodos científicos para la práctica y la supervisión clínica) puede incidir en la calidad de la atención” (Moreta y Guerrero, p. 9). Este contexto sugiere que los psicólogos clínicos ecuatorianos, al entrar al mercado laboral, pueden enfrentarse a desafíos adicionales en términos de supervisión y seguimiento del desempeño, especialmente en entornos hospitalarios donde la demanda por respuestas inmediatas es alta. La brevedad en la formación académica y práctica podría

afectar la calidad de la atención psicológica ofrecida, particularmente cuando se requiere manejar la urgencia subjetiva descrita en este estudio.

Los practicantes de psicología clínica, al iniciar sus prácticas en contextos hospitalarios, suelen enfrentarse a una serie de temores y ansiedades que pueden afectar su desempeño y su capacidad para establecer una relación efectiva con los pacientes. Según Foladori (2009), el atender a un paciente por primera vez genera una oposición interna significativa debido a que “enfrentarse a lo desconocido, al desconocido, constituye una actitud defensiva paranoide que entra a minar la relación de rapport inicial” (p. 4). Esto refleja cómo la ansiedad y el temor inicial pueden constituir una barrera significativa para los practicantes de psicología clínica. En el entorno hospitalario, donde las demandas institucionales y de los médicos son inmediatas, estas ansiedades pueden intensificarse, dificultando aún más la capacidad del practicante para responder adecuadamente a las necesidades de los pacientes.

La combinación de la presión institucional, la urgencia subjetiva y las limitaciones en la formación de los psicólogos clínicos puede derivar en altos niveles de angustia entre los practicantes. Según Bellón (2016), “la angustia es ante el deseo del Otro y surge en el sujeto al no saber lo que representa como objeto para el deseo del Otro” (p. 2). En el contexto hospitalario, los practicantes de psicología clínica se encuentran constantemente intentando responder preguntas como ¿Qué soy para el Otro? y ¿Qué quiere de mí?, ya que deben manejar la urgencia de los pacientes y las expectativas de los doctores sin la certeza de poder cumplir con todas las demandas. Esta situación provoca una angustia significativa, al sentirse constantemente evaluados y demandados por el Otro institucional y los pacientes, intensificando así el estrés experimentado.

La demanda institucional hospitalaria, caracterizada por la necesidad de respuestas inmediatas impuestas principalmente por los médicos y la dinámica del hospital, crea una presión significativa sobre los practicantes de psicología clínica lo cual deviene en angustia.

Pregunta general

¿Cómo la angustia producida por la demanda institucional hospitalaria influye en el deseo de formación clínica de los practicantes de psicología clínica?

Preguntas específicas

- ¿Qué es la angustia?
- ¿Cómo es la demanda institucional hospitalaria?
- ¿Cómo influye la formación clínica en la práctica hospitalaria de los practicantes de psicología clínica?

Objetivo general:

Analizar cómo la angustia por la demanda hospitalaria puede movilizar el deseo de formación clínica en los practicantes de psicología clínica por medio del método cualitativo basado en cuestionarios semiestructurados y el análisis de viñeta clínica, para proponer un modo de saber-hacer con la contingencia propia de la institución.

Objetivos específicos:

- Definir cómo se manifiesta la angustia en el sujeto por medio de revisión de fuentes bibliográficas.
- Caracterizar la demanda hospitalaria y los discursos que estas lo sustentan por medio de revisión de fuentes bibliográficas.
- Establecer la influencia de la formación clínica para la práctica hospitalaria en psicología clínica mediante la aplicación de cuestionarios semiestructurados y el análisis de una viñeta clínica.

Justificación

La investigación es necesaria porque aborda una problemática crítica en la formación de los psicólogos clínicos: la angustia que experimentan los practicantes al enfrentar la demanda institucional en un entorno hospitalario.

Personalmente, la investigación permite profundizar en la comprensión del impacto psicológico que estas demandas tienen sobre los practicantes, lo que es fundamental para mejorar su bienestar emocional y su desarrollo profesional. Teóricamente, se busca contribuir al cuerpo de conocimiento existente sobre la relación entre la demanda institucional y la angustia, lo que podría abrir nuevas líneas de investigación en el campo de la psicología clínica. Desde una perspectiva profesional, es esencial que los practicantes estén mejor preparados para manejar la presión y las expectativas de un entorno tan exigente como el hospitalario, lo que a su vez impactará positivamente en su capacidad de respuesta ante las necesidades de los pacientes. Finalmente, a nivel social la investigación tiene relevancia porque la calidad de la atención psicológica en hospitales afecta directamente a la comunidad; un mejor manejo de la angustia por parte de los practicantes puede llevar a un servicio más eficiente y humano, beneficiando a los pacientes y optimizando los recursos del sistema de salud.

La investigación es necesaria para contribuir a la mejora de la formación y el acompañamiento de los practicantes de psicología clínica en entornos hospitalarios. Al comprender cómo la demanda institucional genera angustia, se podrá fomentar la importancia de la supervisión de casos a través del control, la participación en análisis personal o psicoterapia, así como el estudio continuo y la actualización en la clínica. Esto no solo beneficia a los practicantes en su desarrollo profesional, sino que también repercute positivamente en la calidad de la atención que brindan, lo que es esencial para la sociedad en general. En términos culturales y científicos, la investigación aporta una comprensión más profunda de cómo las dinámicas institucionales influyen en la práctica clínica, lo que puede tener implicaciones en la formación académica y en la creación de políticas públicas orientadas a la salud mental. Además, al fortalecer la capacidad de los futuros psicólogos para enfrentar los desafíos de su profesión, se promueve un entorno de trabajo más saludable y se contribuye al desarrollo sostenible del sistema de salud.

La investigación se realizará utilizando un enfoque cualitativo y un método descriptivo, enmarcados dentro del paradigma interpretativo. Para la

recolección de información, se empleará la técnica de cuestionarios semiestructurados y viñetas clínicas, que permitirá obtener perspectivas profundas y diversas. La población objeto de estudio estará compuesta por estudiantes de psicología clínica que realizan sus prácticas preprofesionales en diferentes hospitales de la ciudad de Guayaquil.

ANTECEDENTES

A pesar de que a nivel nacional no se han realizado muchas investigaciones sobre la demanda institucional hospitalaria y su impacto en los psicólogos clínicos, se encontró un estudio relevante que nos sitúa en el contexto ecuatoriano con respecto a su formación profesional de la carrera de psicología clínica.

Moreta, R., y Guerrero, E. (2019) realizaron un estudio cuantitativo y descriptivo de corte transversal en la Zona 3 de Ecuador, titulado *Análisis sobre la formación académica y el ejercicio profesional del psicólogo clínico en Ecuador*. Con una muestra de 101 psicólogos clínicos (entre hombres y mujeres) con edades entre 23 y 67 años, seleccionados mediante un muestreo no probabilístico de bola de nieve, el objetivo fue analizar su formación y ocupación. Utilizando una encuesta de 40 preguntas, los resultados mostraron que el 68.3% encontró trabajo antes de los 30 años, destacando la importancia de la formación continua y estrategias para mejorar la inserción laboral en la región. La formación del psicólogo clínico se restringe de manera significativa a la titulación de grado, dejando de lado, por diversas razones, la formación de posgrado como elemento complementario.

Este estudio proporcionó un análisis detallado sobre cómo la formación académica de los psicólogos clínicos influye en su desarrollo profesional. Se identificó que una formación académica deficiente puede limitar las herramientas y competencias necesarias para enfrentar adecuadamente las demandas del ejercicio clínico. Este análisis es fundamental para contextualizar la investigación actual, ya que revela cómo las carencias en la formación pueden impactar la calidad de la atención y resalta la importancia de contar con una preparación adecuada para abordar las necesidades en el campo de la salud mental en Ecuador.

La búsqueda bibliográfica a nivel latinoamericano resultó favorable, ya que se identificaron varios artículos científicos relevantes para la investigación. En particular, se encontraron dos artículos de Argentina y uno de Chile, que abordan aspectos clave relacionados con la demanda

institucional hospitalaria y la práctica clínica. Estos estudios proporcionaron una perspectiva valiosa y contextualizada que será fundamental para enriquecer la investigación en el ámbito de la psicología clínica en la región.

Diéguez, M. B. (2022) realizó una revisión teórica y reflexiva sobre la práctica del dispositivo de interconsulta en un hospital público, titulada *La práctica hospitalaria del dispositivo de interconsulta como experiencia de la residencia de psicología*. El estudio se basó en el Hospital Central de San Isidro “Dr. Melchor Ángel Posse”, Buenos Aires, Argentina. El objetivo principal del artículo fue reflexionar sobre la experiencia de la residencia de psicología en la implementación del dispositivo de interconsulta, explorando cómo este dispositivo ha evolucionado y cómo se enfrenta a los desafíos y demandas institucionales. A través de la ilustración de diferentes casos clínicos, se analizó la práctica en relación con la teoría psicoanalítica. El artículo destacó la complejidad del dispositivo de interconsulta, abordando los desafíos y angustias tanto de pacientes como de médicos.

El estudio subraya la necesidad de una revisión constante y contextualizada de la práctica del dispositivo de interconsulta, para así poder abordar adecuadamente las demandas y desafíos emergentes en el contexto hospitalario.

Fernández, A. (2021) realizó una revisión bibliográfica y teórica sobre los aportes de la escucha analítica en la interconsulta hospitalaria, titulada *Aportes de la escucha analítica a la interconsulta hospitalaria. Entre el pedido y la demanda*. El estudio formó parte de una investigación de maestría enfocada en la interconsulta hospitalaria y explora cómo la escucha analítica puede influir en la intervención de Salud Mental. El objetivo principal fue presentar los efectos de incorporar la escucha analítica en el contexto de la interconsulta, diferenciando entre el pedido inicial de intervención y la demanda real de interconsulta. El artículo discutió la diferencia entre el pedido de intervención y la demanda de interconsulta, destacando cómo la inclusión de la escucha analítica puede mejorar la comprensión y abordaje de las necesidades en el contexto hospitalario.

La investigación sugiere que una mayor atención a la escucha analítica puede enriquecer la intervención en Salud Mental, permitiendo una mejor alineación entre las necesidades reales de los pacientes y las intervenciones propuestas.

Foladori, H. (2009) realizó una investigación cualitativa titulada *Temores iniciales de los estudiantes de psicología ante el inicio de la práctica de la psicología clínica*, basado en Chile. El objetivo principal de esta investigación fue explorar los miedos y ansiedades que experimentan los estudiantes de psicología al comenzar su práctica clínica con pacientes. Utilizando un dispositivo grupal y una técnica de grupo operativo, se analizó cómo estas emociones afectan a los estudiantes y su identidad profesional. El estudio destacó la utilidad de los espacios de reflexión grupal para abordar estas ansiedades de manera saludable y prevenir posibles efectos psicopatológicos en los estudiantes.

La investigación subraya la importancia de proporcionar espacios de apoyo y reflexión para los estudiantes de psicología, con el fin de gestionar sus temores iniciales y facilitar una transición saludable hacia la práctica clínica profesional.

En las tres investigaciones latinoamericanas analizadas, se destacó que los practicantes de psicología clínica se articulan de manera significativa. Diéguez (2022) y Fernández (2021) destacan cómo los practicantes enfrentan desafíos y demandas en contextos hospitalarios y clínicos, mostrando la influencia de estas experiencias en su desempeño profesional. Foladori (2009) complementa esta perspectiva al abordar las ansiedades iniciales de los estudiantes, evidenciando cómo las inseguridades y temores afectan su transición a la práctica clínica. En conjunto, estos estudios subrayan la importancia de la formación y el apoyo adecuado para manejar las demandas y dificultades asociadas con la práctica clínica, resaltando la necesidad de herramientas y espacios de reflexión para los practicantes en su desarrollo profesional.

En las dos investigaciones latinoamericanas analizadas sobre la demanda institucional hospitalaria, se observa una preocupación recurrente por cómo esta demanda impacta la práctica clínica. Diéguez (2022) explora los desafíos y angustias que surgen para los practicantes al enfrentar el dispositivo de interconsulta en un entorno hospitalario, resaltando la complejidad de las políticas institucionales y la respuesta a las demandas emergentes. Fernández (2021), por su parte, analiza cómo la inclusión de la escucha analítica en la interconsulta puede afectar la respuesta a las demandas iniciales de intervención, mostrando cómo una comprensión más profunda de estas demandas puede mejorar la práctica clínica. Ambos estudios destacan la necesidad de abordar y gestionar eficazmente las demandas institucionales para optimizar la intervención y apoyar mejor a los pacientes en el contexto hospitalario.

Entre las dos investigaciones que abordan el estrés y la angustia, se observa cómo estas variables afectan a los practicantes de psicología clínica. Diéguez (2022) destaca cómo la demanda institucional hospitalaria puede provocar angustia en los practicantes, revelando las dificultades emocionales y profesionales que enfrentan al manejar la carga y las expectativas del entorno hospitalario. En contraste, Foladori (2009) se enfoca en el estrés experimentado por los estudiantes al iniciar su práctica clínica, mostrando cómo las ansiedades iniciales influyen en su adaptación y desempeño. Ambos estudios subrayan que tanto la demanda institucional como el estrés personal juegan un papel crucial en la experiencia profesional de los practicantes, sugiriendo que el manejo adecuado de estas variables es esencial para su bienestar y eficacia en la práctica clínica.

La revisión de literatura a nivel internacional ha identificado un artículo relevante de España que aborda la intervención psicológica en el ámbito hospitalario.

López y Villaverde (2019) realizaron una revisión bibliográfica titulada *Intervención psicológica en el ámbito hospitalario*. El estudio se llevó a cabo en el contexto hospitalario y se centró en cómo la intervención psicológica se adapta y se integra con las actividades asistenciales y organizativas en los

hospitales. Tiene como objetivo explorar la complejidad de la intervención psicológica en hospitales y la necesidad de que los psicólogos clínicos adapten su práctica al contexto institucional. Destaca la importancia de la adaptación del psicólogo clínico al entorno hospitalario y la colaboración con otros profesionales de la salud. Subraya que la estructura organizativa del hospital y los recursos disponibles condicionan las modalidades de intervención.

Este estudio nos permite interpretar que, para una intervención psicológica efectiva en el contexto hospitalario, es fundamental que los psicólogos clínicos se adapten a las dinámicas institucionales y colaboren estrechamente con otros profesionales. La estructura organizativa del hospital y los recursos disponibles juegan un papel crucial en el desarrollo de programas de intervención y enlace. La perspectiva psicosomática debe ser una prioridad para comprender y tratar a los pacientes de manera integral.

Al comparar los estudios realizados a nivel nacional, latinoamericano e internacional, se observan varias convergencias significativas. El artículo de Moreta Herrera y Guerrero-Escobar (2023) proporciona un análisis detallado sobre la formación y el ejercicio profesional de los psicólogos clínicos en Ecuador, destacando cómo la falta de implicación en su formación clínica puede afectar la calidad del ejercicio profesional y generar la necesidad de mayor supervisión. Este estudio revela cómo las limitaciones en la formación académica pueden repercutir negativamente en el desempeño profesional y en la capacidad para enfrentar las demandas del entorno hospitalario.

En el contexto latinoamericano, Diéguez (2022) y Fernández (2021) exploran la demanda institucional hospitalaria y cómo esta afecta a los practicantes. Estos estudios revelan que las demandas pueden causar angustia y estrés en los psicólogos clínicos, evidenciando la necesidad de estrategias para gestionar estas emociones y mejorar la adaptación al entorno hospitalario.

A nivel internacional, el estudio de López y Villaverde (2019) refuerza la importancia de integrar la intervención psicológica con las dinámicas

institucionales y colaborar con otros profesionales de la salud. Este enfoque destaca la necesidad de un manejo adecuado de las demandas institucionales y ofrece una perspectiva que complementa y enriquece los hallazgos de los estudios latinoamericanos y nacionales.

CAPÍTULO 1

La angustia: Afecto que no engaña

En el campo de los afectos: la ansiedad, la fobia, el miedo, entre otros, se presentan como manifestaciones que encuentran su sentido en un objeto concreto, convirtiéndose así en afectos que el sujeto puede "tramitar" al desplazar la carga libidinal hacia algo externo. En la ansiedad, por ejemplo, el malestar se manifiesta como una respuesta emocional que logra vincularse a situaciones o pensamientos específicos del entorno, como el temor ante un evento futuro o el encuentro con una situación estresante. Este vínculo le permite al sujeto depositar la libido en un objeto externo, lo que, si bien no elimina la tensión por completo, facilita un alivio relativo. Al encontrar un motivo tangible que da lugar a su padecimiento, la ansiedad se vuelve parcialmente manejable y localizable.

Al tomar como ejemplo la fobia, ésta opera como un mecanismo de desplazamiento en el que el afecto se dirige hacia un objeto concreto, generando un punto de anclaje para el goce y permitiendo al sujeto sobrellevar la experiencia de angustia. Al ubicar su malestar en el objeto fóbico, ya sea un animal, un espacio cerrado o una situación específica, el sujeto puede "tramitar" la carga libidinal al externalizarla, proyectándola en un elemento externo que toma el lugar de un peligro psíquico interno. Este proceso de desplazamiento convierte a la fobia en un modo de soportar el afecto, proporcionando una estructura simbólica en la cual el malestar encuentra cierta estabilidad y una salida representacional. Así, la angustia fóbica no se sitúa en el vacío, sino que adquiere sentido en la medida en que se inscribe en un marco reconocible, menos disruptivo que el vacío de la angustia sin objeto.

Al tener identificado de qué forma estos tipos de afectos funcionan, se puede ubicar como el objeto no necesariamente es el objeto de ansiedad, miedo, etc.... Es un objeto sobre el cual la libido se ha desplazado para que esta tenga una representación. El objeto de la ansiedad no es necesariamente el objeto causa. Y ahí el engaño, es un sentido que envuelve un afecto, es

imaginario, es decir se desliza, es lábil, se escabulle, no logra atrapar el eso, es decir lo Real, del afecto, pero permite localizarlo.

Este apartado se dedicará a conceptualizar dicho afecto, en su vínculo con el deseo del Otro, la castración del sujeto y como una señal o alarma.

Angustia y deseo del Otro

Entonces, ¿qué nombre lleva el afecto el cual el objeto no se localiza y se escapa del sentido, y al escaparse de lo simbólico lo hace “honesto” -real? Se trata de la angustia, la cual Lacan nombra como el afecto que no engaña y que ha dado nombre a este primer capítulo. Lacan (1962) en el *Seminario 9 La Identificación*, va a decir sobre la angustia:

No sé lo que soy como objeto para el Otro. La angustia, se dice, es un afecto sin objeto, pero esa falta de objeto hay que saber dónde está, está de mi lado. El afecto de angustia está en efecto connotado por una falta de objeto, pero no por una falta de realidad. Si no me sé más objeto eventual de ese deseo del Otro, ese otro que está frente a mí, su figura me es enteramente misteriosa sobre todo en la medida en que esa forma que tengo delante de mí no puede en efecto tampoco estar constituida para mí en objeto. (Clase 16, p.11)

En la cita previa la angustia está vinculada al enigma del deseo del Otro. Cuando Lacan dice que la falta de objeto "está de mi lado", sugiere que la falta no está en el Otro, sino en la posición subjetiva del individuo. Es decir, el sujeto es quien experimenta la falta de un objeto claro de deseo, mientras que el Otro sigue siendo un enigma, algo misterioso. Esta figura del Otro “misteriosa” contribuye a la angustia, ya que el sujeto no puede situarse como un objeto externo que pueda comprender, manipular o definir, como sucede con otros afectos donde el objeto es claro y, por tanto, tratable.

La demanda institucional hospitalaria, aunque no es un deseo en el sentido estricto psicoanalítico, puede funcionar como un enigma para los practicantes de psicología al ingresar a sus prácticas. Este nuevo ambiente institucional, que trae consigo sus propias normas y expectativas, puede llegar

a movilizar algo íntimo en el ser del practicante, propiciando un cuestionamiento al Yo y su identificación. Entonces, surge la pregunta de quién o qué encarna realmente ese Otro institucional que confronta a los practicantes. Parece ser un Otro que no ofrece respuestas claras sobre el rol que deben desempeñar, manteniendo una cierta ambigüedad sobre lo que se espera de ellos o el lugar que ocupan en el deseo de la institución. De esa manera se puede ver una relación con la demanda como lo explica Vargas (2020) en *La angustia que no engaña y la que engaña*:

La articulación entre angustia y demanda, aquello que el sujeto supone que el Otro espera de sí; y, por otro lado, la posición de espera del sujeto respecto del Otro, esperando una respuesta sobre su ser. Vemos que, tanto en una espera ligada al fantasma, como en otra ligada al Ideal, obturan la apertura al interrogante superior ubicable en el grafo del deseo: “¿Qué me quiere?” (p. 76)

Sería posible considerar que esta pregunta surge en el encuentro con lo hospitalario, rodeados de expectativas y demandas regidas por el discurso del Amo. ¿Qué lugar ocupa el psicólogo en un hospital? ¿Qué se verifica en su ser al cumplir o no con estas exigencias, en el sentido de lo que estas representan para el practicante en su subjetividad?

No se trata de poner a la demanda como sinónimo del deseo, sino que esta puede ser interpretada para el sujeto como deseo del Otro. “La existencia de la angustia está vinculada al hecho de que toda demanda, aunque sea la más arcaica, siempre tiene algo de engañoso respecto a lo que preserva el lugar del deseo”. (Lacan, 2007, p. 77)

La angustia surge precisamente porque el deseo permanece indefinible, latente en toda demanda. Y es que, por mucho que uno intente responder o satisfacer, el deseo del Otro siempre será, en parte, un enigma. Es esa distancia, ese vacío entre lo que se pide y lo que verdaderamente se desea, lo que genera angustia, dado que el deseo resulta imposible de satisfacer por completo en el campo del Otro. Lacan (2007) en el mismo Seminario 10, señala:

Si se enciende en el yo, es para que el sujeto sea advertido de algo, a saber, de un deseo, o sea, de una demanda que no concierne a ninguna necesidad, que no concierne a nada más que a mi propio ser, es decir que me pone en cuestión. Digamos que me anula. En principio, no se dirige a mí en cuanto presente, se dirige a mí, si ustedes quieren, como esperado y, mucho más todavía, como perdido. Solicita mi pérdida para que el Otro se encuentre en ella. Es esto la angustia. (p. 167)

La angustia, entonces, surge porque esta demanda del Otro resulta enigmática para el sujeto y propicia que se cuestione su propia existencia. Es una experiencia que anula o descoloca al Yo. Solo en la medida en que el sujeto se entrega como objeto para intentar responder y llenar la falta en el Otro, es decir que, la satisface a condición de perderse él mismo como sujeto. La paradoja de la angustia radica en que no pide una acción concreta, sino una entrega, incluso una pérdida de sí, para que así el Otro encuentre su propio deseo en esa ausencia del sujeto. ¿Si el practicante se siente concernido, con todo su ser, a responder a la demanda del Otro, en qué lugar queda este: reconocido como objeto o sujeto?

Angustia de castración

Por otro lado, también hay una vertiente sobre el saber que se va a relacionar con la angustia de la castración debido a que esta emerge como un afecto ligado a la confrontación con la falta que marca el proceso de subjetivación, aquella que es constitutiva que estructura al sujeto. Esta angustia surge inicialmente en el tiempo del complejo de Edipo, ya que es el primer momento de la pérdida original del objeto. De acuerdo con Patri (2018):

El encuentro con el complejo de castración permitiría nominar las diferentes pérdidas de objeto, a posteriori, significadas como castración. Por lo tanto en cualquier situación de peligro, ahora vivenciada por el aparato psíquico como posible repetición de una pérdida, se reproducirá la angustia como función de defensa. (p. 583)

Este fragmento describe cómo el encuentro con el complejo de castración establece una inscripción fundamental en el aparato psíquico, a través de la cual las experiencias de pérdida son efecto de la repetición de aquel primer momento de castración. Este encuentro inicial con la castración marca al sujeto y produce una estructura de significación que no desaparece, sino que se inscribe en el inconsciente como una huella de falta, un vacío que inevitablemente se activa en situaciones de peligro o amenaza a lo largo de la vida.

De este modo, cualquier situación percibida como potencial repetición de una pérdida, en tanto el sujeto se encuentra con la falta estructural, puede devenir en angustia como función defensiva.

Por ejemplo, un practicante de psicología puede experimentar angustia frente a la demanda institucional, al "no saber" cómo responder a dicha demanda. La angustia que surge en esta situación revela una reminiscencia de la castración originaria: la confrontación con su falta de saber lo coloca en una posición de carencia frente al Otro institucional, lo que moviliza la angustia como respuesta defensiva.

Angustia señal

Respecto a la idea de la angustia como señal, esta se manifiesta como un aviso que el Yo emite ante un peligro no reconocido. En el contexto de la práctica hospitalaria, esta señal puede activarse ante la presión de la demanda institucional, las expectativas, a veces implícitas, o el encuentro con el sufrimiento ajeno. Es como una alarma interna que el Yo activa ante una amenaza, un peligro que se avecina y que necesita ser atendido, una alarma que puede indicar una dificultad para procesar ciertas experiencias, o una confrontación con los propios límites como profesional.

Para comprender lo particular de esta angustia, resulta fundamental explorar el concepto de Unheimlich el cual es clave en la obra de Freud (1919) *Lo Siniestro*:

La voz alemana «unheimlich» es, sin duda, el antónimo de «heimlich» y de «heimisch» (íntimo, secreto, y familiar, hogareño, doméstico), imponiéndose en consecuencia la deducción de que lo siniestro causa espanto precisamente porque no es conocido, familiar. Pero, naturalmente, no todo lo que es nuevo e insólito es por ello espantoso, de modo que aquella relación no es reversible. Cuanto se puede afirmar es que lo novedoso se torna fácilmente espantoso y siniestro; pero sólo algunas cosas novedosas son espantosas; de ningún modo lo son todas. Es menester que a lo nuevo y desacostumbrado se agregue algo para convertirlo en siniestro. (p. 2)

Esta irrupción de lo *Unheimlich* puede entenderse como una confrontación con lo real, con aquello que escapa a la simbolización y que irrumpe en el campo de lo simbólico generando angustia. Es importante recalcar que "lo siniestro sería aquella suerte de espantoso que afecta las cosas conocidas y familiares desde tiempo atrás. En lo que sigue se verá cómo ello es posible y en qué condiciones las cosas familiares pueden tornarse siniestras, espantosas" (p. 22). Por lo tanto, no se trata de lo completamente desconocido, sino de aquello que, siendo habitual, se transforma de manera inesperada y genera angustia. Esto ocurre bajo ciertas condiciones, como cuando se revela algo reprimido haciendo que lo cotidiano se vuelva perturbador.

Sin embargo, la relación entre deseo, demanda y la función del analista se complejiza aún más al considerar el papel de la angustia. Lacan (2007), en su *Seminario 10 La Angustia*, señala una paradoja fundamental: "no hay discurso analítico que, tras haber hecho de la angustia el cuerpo último de toda defensa, no nos hable de defensa contra la angustia" (p. 152). Para Lacan, esta paradoja se resuelve al comprender que "la defensa no es contra la angustia, sino contra aquello cuya señal es la angustia" (p. 152). En este sentido, la angustia funciona como una "angustia-señal que se produce en el yo y concierne a un peligro interno" (p. 166). Es en este punto donde Lacan profundiza en la naturaleza de la angustia, describiéndola de la siguiente manera:

¿Qué representa el deseo del Otro en tanto que sobreviene por este rodeo? Es ahí donde la señal adquiere todo su valor. Si bien se produce en un lugar que podemos llamar topológicamente el yo, concierne, ciertamente, a alguien distinto. Aunque el yo sea el lugar de la señal, no es para el yo para quien se da la señal. Es muy evidente. Si se enciende en el yo, es para que el sujeto sea advertido de algo, a saber, de un deseo, o sea, de una demanda que no concierne a ninguna necesidad, que no concierne a nada más que a mi propio ser, es decir que me pone en cuestión. Digamos que me anula. En principio, no se dirige a mí en cuanto presente, se dirige a mí, si ustedes quieren, como esperado y, mucho más todavía, como perdido. Solicita mi pérdida para que el Otro se encuentre en ella. Es esto la angustia. El deseo del Otro no me reconoce (p. 167).

A partir de esta descripción de la angustia, para Lacan, la angustia funciona como una señal que se manifiesta en el Yo pero que no está destinada al Yo en sí mismo. Más bien, advierte al sujeto sobre el deseo del Otro. Y aquí es crucial destacar que este deseo del Otro no se presenta como una demanda explícita, ni como una necesidad que puede ser satisfecha. Por el contrario, este deseo no se basa en necesidades, sino que cuestiona el ser mismo del sujeto, incluso tiene el poder de anularlo, confrontando con su propia falta de ser.

La angustia surge, precisamente, porque el sujeto se enfrenta a un deseo que no puede ser reducido a una demanda, a una petición concreta. La angustia surge porque el deseo del Otro no reconoce al sujeto en su estado presente, ni tiene significación precisa. Esta vivencia de la angustia puede ser particularmente intensa para los practicantes, quienes a menudo se ven confrontados con su propia falta y expuestos a cualquier contingencia que se de en el entorno hospitalario que puede devenir como señal de angustia.

Cuando falta la falta

La idea de la angustia "cuando falta la falta" es una formulación que trabaja Lacan para referirse a un momento en el cual el sujeto se encuentra

desprovisto del vacío que le permitiría desear. En el psicoanálisis, la falta es aquello que el sujeto percibe como ausencia y, paradójicamente, lo que posibilita el deseo. La falta permite que el sujeto fantasee y busque lo que siente que le falta, generando una relación dinámica entre el deseo y lo que simboliza su carencia. Sin embargo, cuando falta esa falta, cuando el vacío o la distancia entre el sujeto y el objeto del deseo desaparece, surge la angustia. Lacan (2007) en el *Seminario 10* lo expresa claramente al señalar que:

La posibilidad de la ausencia es eso, la seguridad de la presencia. Lo más angustiante que hay para el niño se produce, precisamente, cuando la relación sobre la cual él se instituye, la de la falta que produce deseo, es perturbada, y ésta es perturbada al máximo cuando no hay posibilidad de falta. (p. 64)

Este estado es la manifestación de un exceso, un *demasiado real* que se hace presente sin la mediación del significante, y que impide cualquier desplazamiento o simbolización que el sujeto pueda realizar. La angustia, en este sentido, es la consecuencia de enfrentar un objeto en su forma real, fuera de la cadena significativa y sin la posibilidad de ubicarlo en el registro simbólico. Aquí, la imposibilidad de la falta que permite desear provoca una angustia radical, ya que el sujeto queda confrontado con un real que se vuelve insoportable.

Esta dimensión de angustia puede manifestarse en contextos de alta demanda, como sucede en el entorno hospitalario. Cuando el practicante de psicología clínica se enfrenta a exigencias abrumadoras de parte de la institución, se produce una situación donde la presión se vuelve excesiva, eliminando la posibilidad de un espacio para procesar la demanda. En lugar de enfrentarse a una falta que permita al practicante articular la demanda con su deseo de atender, desde el discurso del Amo, surge el imperativo de la inmediatez y eficacia, donde la atención debe ser rápida y breve. La angustia como experiencia en donde falta de la falta, se hace presente, ya que no hay espacio para la distancia necesaria que posibilitará un deseo orientado y organizado frente a la demanda institucional.

CAPÍTULO 2

El Hospital

El hospital es un lugar en el que múltiples discursos residen, y sin poderse escapar de la época, este también se encuentra atravesado por la cultura de inmediatez, siendo este un lugar paradójico, ya que no siempre es hospitalario con los que ingresan a él para formarse. El ritmo, la dinámica que se maneja en un hospital, independientemente de qué profesión esté involucrada, es totalmente diferente a lo que se vive en un aula.

Existen un sinnúmero de acontecimientos que pueden llegar a movilizar al sujeto, sin discriminación del lugar que tiene en el hospital, ya que puede ser el mismo médico, o hasta quienes trabajan en el papeleo para gestionar el alta. Fernández (2020) logra describir como es este encuentro con lo real que puede vivir el sujeto:

En el hospital además de encontrarse con el dolor del otro, con muy complejos decires, o con silencios abismales, con la pobreza que acecha, con la falta de redes familiares confiables, con la ausencia o falta de lugares institucionales, se les requiere que den alta más rápido posible sin tener lugares de medio camino o alternativas de preparar el salto a la sociedad hostil. (p. 4)

Es por ello que el rol del psicólogo es una parte fundamental en la institución que apertura el trabajo multidisciplinario; no porque tenga la respuesta y solución ante estas circunstancias, sino porque desde su posición puede devolver al paciente su valor como sujeto en un espacio donde, el dolor es inevitable y los procedimientos médicos son constantes, lo cual puede deshumanizarlo, reduciéndolo a objeto y como efecto arrebatándole su calidad de sujeto.

Quienes viven estas situaciones pueden experimentar diferentes tipos de pasiones. Entre ellas la cólera, la cual se puede situar como un afecto que toca lo real, a partir de una ruptura en el enlace S1 y S2. Lacan (1990) en su *Seminario 7 La ética de psicoanálisis* afirma que:

Quizás la cólera precise una especie de reacción del sujeto; que existe siempre este elemento fundamental de decepción como un fracaso en una correlación esperada entre un orden simbólico y la respuesta de lo real. Dicho de otro modo, que la cólera es esencialmente algo librado a esta fórmula que quisiera tomar de Péguy, quien la pronunció en una circunstancia humorística: es cuando las pequeñas clavijas no calzan en los agujeritos. (Clase 8, p.3)

La cólera puede surgir con frecuencia en los pacientes hospitalarios, a partir de recibir el diagnóstico de su enfermedad, que no coincide su sentir y en donde se demuestra la inconsistencia del Otro médico que supone tiene un saber al respecto de su condición. Esta inconsistencia se hace evidente en múltiples niveles: la falta de insumos médicos, la ausencia de espacios quirúrgicos y la discrepancia entre los diagnósticos emitidos por distintos profesionales. La imposibilidad de acceder a un tratamiento inmediato o la incertidumbre sobre la veracidad del diagnóstico confronta al paciente con la imposibilidad de un saber sobre su enfermedad, exacerbando la sensación de vulnerabilidad y desamparo.

En el contexto hospitalario las dinámicas propias del cuidado médico imponen una lógica en la que el consentimiento del paciente no siempre es prioritario. Por ejemplo, si se requiere un análisis de sangre, el paciente no podrá comer hasta que se haya realizado el procedimiento; si debe tomar un medicamento a las 4 a. m., será despertado según lo indique la prescripción. En casos más extremos, dependiendo de la naturaleza de la enfermedad, puede ser desnudado para evaluaciones médicas, mientras los profesionales discuten su caso sin ningún dique, exponiendo tanto su cuerpo como su susceptibilidad. Entonces, ¿en qué lugar queda el sujeto cuando ya no tiene control sobre sí mismo?

La indignación, en contraste con la cólera, tiene un fuerte componente ético y social. Se relaciona con el concepto de dignidad, entendida como el reconocimiento del valor singular de un sujeto por parte del Otro. Un sujeto es considerado digno cuando logra hacer lazo social, sosteniendo un discurso que permita una elaboración desde lo simbólico. Por el contrario, alguien

indigno es aquel que interrumpe la circulación simbólica y desorganiza el discurso. Se puede pensar en la indignación como un afecto que articula el lazo social: surge cuando el Otro atenta contra la posibilidad de singularidad o el reconocimiento del sujeto en su diferencia absoluta. En este sentido, la indignación va más allá de una respuesta visceral como la cólera; implica una elaboración subjetiva donde el sujeto articula el daño a nivel simbólico. (Nel-Guayaquil, 2020)

LA demanda y la institución

La institución puede entenderse como un espacio simbólico que organiza y regula los vínculos sociales a través de reglas, normas y discursos. En el ámbito hospitalario, esta estructura adquiere un peso particular al configurarse como un lugar en el que convergen múltiples demandas: las de los pacientes, las de los profesionales de salud y las de la propia institución como entidad reguladora. Estas demandas no son siempre explícitas o conscientes; muchas veces operan en un nivel implícito, cargado de significaciones inconscientes que afectan la subjetividad de quienes interactúan en este espacio. La institución, en este sentido, actúa como un Otro que articula deseos, expectativas y normativas, situando a los sujetos en una red de exigencia donde se pone en juego su propio deseo. Kaës et al. (1989) plantea que las instituciones no solo organizan lo social, sino que también configuran los deseos y subjetividades de sus miembros, moldeando su relación con lo inconsciente:

Toda institución tiene la vocación de encarnar el bien común. Para hacerlo, favorecerá la manifestación de pulsiones con la condición de que se metaforicen y metabolicen en deseos socialmente aceptables y valorados, así como el despliegue de fantasmas y proyecciones imaginarias en tanto "trabajen" en el sentido del proyecto más o menos ilusorio de la institución, dado que la emergencia de símbolos tiene la función de unificar la institución y garantizar su poder sobre la conciencia y el inconsciente de sus miembros. (p.85)

Este ideal de bien común no necesariamente refleja los deseos individuales de sus miembros. El deseo particular de cada uno queda absorbido por el ideal institucional, para que así todos tengan un mismo sentir, propósito y brújula. Las instituciones funcionan como lugares donde los individuos proyectan sus fantasías, miedos y deseos, pero estas proyecciones no son libres; deben alinearse con el propósito institucional. Es decir, las instituciones trabajan estas proyecciones para integrarlas en su narrativa y usarlas para mantener su cohesión y legitimidad.

La palabra demanda no es ajena a los entornos institucionales, ya que esta puede referirse tanto a aspectos legales como económicos y generales, y su significado varía según el contexto en el que se utilice. En el sentido más general de la palabra, esta puede significar un requerimiento que se hace a alguien y está a la espera una respuesta. Según la Real Academia Española (RAE, 2025) este término tiene por sinónimos la petición, ruego, pedido, encargo, solicitud, súplica, reclamación.

Para ampliar un poco más sobre este concepto desde psicoanálisis, Bernal (2019) tuvo en cuenta a Lacan y explicó que la demanda no está por sí sola, sino que le antecede la necesidad debido a que “el sujeto humano nace en un estado de «desamparo», de «indefensión» tal, que es incapaz de satisfacer sus propias necesidades; por lo tanto, depende de Otro que lo auxilie” (p. 75). Esta necesidad es lo que marcará el primer encuentro con el Otro del lenguaje, a partir de su intervención. Lacan (1999) en el *Seminario 5 Formaciones del Inconsciente* afirma que “primitivamente el niño, en su impotencia, se encuentra completamente dependiente de la demanda, es decir de la palabra del Otro” (p. 366). Esta necesidad que puede sentir el infante puede ser expresada de diferentes formas: un llanto, grito o balbuceo, pero solo el Otro del lenguaje puede interpretar qué significa para él esta manifestación. En el mismo seminario, Lacan señala lo siguiente:

Aquí volvemos a encontrarnos con que toda satisfacción de la demanda, como depende del Otro, quedará pendiente de lo que se produzca, en este vaivén giratorio del mensaje al código y del código

al mensaje, que permite que mi mensaje sea autenticado por el Otro en el código. (p. 157)

La demanda implica siempre una relación con el Otro, quien tiene la capacidad de responder a ella o rechazarla. Por ello, se establece un vínculo simbólico y estructurante entre el sujeto y el Otro. Este vínculo también introduce una dimensión de poder y dependencia, ya que el sujeto queda a merced de la respuesta del Otro. Entonces es pertinente decir que “la demanda es definida en términos de articulación significativa” (Pasichel, 2018, p. 578). La demanda es la necesidad o carencia enlazada con el lenguaje.

Sin embargo, hay algo de la demanda que va más allá y que puede ser vista como una exigencia que se manifiesta en la necesidad de responder a las expectativas y demandas del Otro institucional. ¿Expectativas reales o fantaseadas? La subjetividad de quien pertenece a la institución siempre se va a ver envuelta de alguna manera, por el simple hecho de estar dentro del lenguaje, ya que es a través de este se articula con su deseo. En la institución, esta mediación adopta una forma específica: la demanda institucional no solo organiza las acciones y discursos, sino que también atraviesa y condiciona la posición subjetiva de los practicantes, imponiendo un ritmo que pueden devenir en angustia o malestar. Esto sugiere que la demanda institucional es más que una solicitud funcional; es un llamado que interpela al sujeto en su posición ética, afectando tanto su hacer como su ser.

¿Por qué una demanda puede llegar a movilizar de tal manera al sujeto? Si el sujeto no cesa de hacerse instrumento que responde a la demanda y no trasciende a vincularse con su deseo, este podría seguir estando a la merced del Otro.

Es decir, no todas las necesidades son tomadas por la demanda, por lo simbólico, entonces siempre va a quedar un resto. Ese resto se va a intentar recuperar a través del deseo. La demanda no satura al deseo, que este insiste. ¿Qué posibilidad existe de hacer lugar al deseo en el trabajo institucional?

Los cuatro discursos

El hospital, en su estructura y funcionamiento, puede ser entendido como un escenario donde convergen y se entrelazan diferentes discursos. Según Lacan, un discurso no es simplemente lo que se dice, sino una estructura que organiza las relaciones entre el lenguaje, sujeto, y goce, dando así la posibilidad de formar lazos sociales con el Otro. Desde esta perspectiva, las dinámicas institucionales hospitalarias pueden ser analizadas como configuraciones discursivas que moldean las posiciones de quienes las habitan.

Lacan en el *Seminario 17: El reverso del psicoanálisis* plantea que existen 4 formas de hacer lazo social, en base a 4 discursos: el del Amo, universitario, histeria y analista. Cada uno de ellos se basa en la interacción que los términos ocupan según cuatro lugares o posiciones: Agente, Otro, Verdad y Producto. Estos términos se presentan en cada uno de los discursos, sin embargo, rotan de lugar, estos son: el significante amo (S1), el saber (S2), el sujeto barrado (\$) y el objeto a. Es importante señalar la relación que hay entre estos términos y como estos moldean e intervienen en el discurso, discurso que no es solo la palabra dicha, sino es el entramado simbólico en un agente se para y desde el cual comanda una acción.

S1 en el campo ya constituido por los otros significantes (S2) en la medida que se articulan ya entre ellos como tales, al intervenir sobre otro, sobre otro sistema, surge esto, \$, que es lo que hemos llamado el sujeto en tanto dividido (...) Finalmente, hemos acentuado desde siempre que de este trayecto surge algo que se define como una pérdida. Esto es lo que designa la letra que se lee como el objeto a. (Lacan, 2008, p.13)

Estas posiciones se distribuyen en la estructura de un discurso como elementos fundamentales que se relacionan entre sí a través de flechas y barras, indicando sus dinámicas y limitaciones. “Por esos cuatro lugares, que aquí no ven ustedes designados por letras, sino tan sólo por lo que esta vez llamo arriba, a la izquierda, abajo y a la derecha” (Lacan, 2008, p. 97).

El agente ocupa la posición dominante en el discurso, quien toma la iniciativa y ejerce influencia sobre el Otro, por lo tanto, dirige y establece el lazo social. Es el punto de partida desde donde se articula el intercambio entre los otros elementos del discurso. El agente puede estar encarnado por cualquier elemento y dependiendo de este, se podrá determinar qué tipo de discurso es, sin embargo, quien esté en esta posición es quien va a organizar la relación con el Otro.

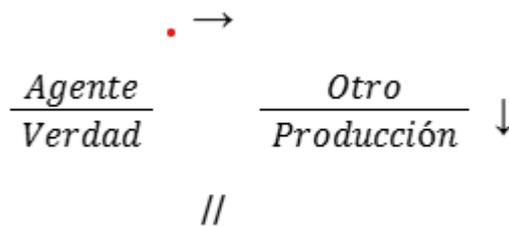
Entre sus funciones está plantear una demanda, establecer un mandato o generar una provocación hacia el Otro. Por ejemplo, en el discurso del amo, el S1 como agente ordena al esclavo (el Otro) para que produzca trabajo. El agente va a estar ligado a las otras posiciones, ya que las estructura y no puede actuar de manera aislada, es decir que para que haya un Agente que ordena, hay otras posiciones que son afectadas por esa orden.

El agente se dirige con una flecha hacia la derecha al Otro, quien ocupa la posición de receptor del discurso. Este lazo entre agente y Otro es crucial, ya que el Otro es quien responde a las demandas, cuestiona los mandatos o incluso los subvierte.

Figura 1:

Cuadrípodo del discurso

Nota: La figura 1 busca representar cómo va el orden y dirección de estos



cuatro lugares. Tomado del *Seminario 17* de Lacan (2008), afirma que “esto es como un aparato. Es preciso tener al menos la idea de que podría servir como palanca, como pinza, que puede atornillarse, construirse de tal o cual manera” (p. 182).

Pero más allá de ser un receptor pasivo, el Otro cumple una función activa, ya que es quien responde, resiste, produce o transforma la demanda del agente. Por lo tanto, va a tener una flecha que se dirige hacia abajo indicando que va a haber una producción. Este resultado no siempre va a ser lo que el Agente esperaba, por lo que se enfatiza que lo producido en el lazo

discursivo siempre escapa del control del agente, afectando tanto al Otro como al propio lazo social. Es el punto donde emerge lo que el discurso genera como efecto, pero que siempre incluye un resto irreductible. Este resto no puede ser completamente simbolizado, lo que refleja la imposibilidad estructural de un discurso.

La doble barra (//) entre la producción y la verdad marca esta ruptura, señalando que lo producido siempre se desvincula, en parte, de la verdad que sostiene al agente. En los esquemas discursivos de Lacan, la verdad sostiene al agente desde una posición velada: es aquello que, aunque opera como motor del discurso, no puede ser dicho del todo ni plenamente conocido. Además, tiene un vínculo esencial con lo real, ya que su carácter fragmentario y su imposibilidad de simbolización reflejan la intrusión de lo real en el discurso. La verdad toca lo real, como aquello que no puede ser integrado al sistema simbólico, y también como causa del deseo. En tanto la verdad es parcial y enigmática, opera como causa del deseo en el sujeto, generando una búsqueda que nunca puede satisfacerse completamente.

En cuanto a los elementos, el S1 es el significante amo, el que funda la cadena de significantes, de este se desprende los demás significantes que, por efecto de retroacción, el último significante le va a dar sentido al que le antecede y así hasta llegar al significante inicial. De esta manera, el significante ocupa un lugar central frente al significado, ya que la significación surge a partir de la articulación entre los significantes y no por el significado en sí mismo.

El resultado de esa interacción de significantes es el sujeto del lenguaje, debido a que algo sucede entre el S1 y el S2, que es el \$, es decir el sujeto dividido. Lacan llama sujeto dividido al sujeto que se encuentra fracturado entre lo que es y lo que está representado en el lenguaje. Nunca puede estar completamente presente en el registro simbólico, ya que siempre queda algo excluido, algo que no puede ser simbolizado del todo y que por lo tanto es real.

Esta pérdida está representada por el objeto a, que es el objeto causa del deseo. Es aquello que el sujeto busca, pero que nunca podrá recuperar completamente porque es el efecto mismo de la división subjetiva. Esta misma pérdida es la que va a posibilitar una introducción a la cultura y el discurso,

por ende, al lazo social. De acuerdo con Lacan (2008) en cuanto la estructura, reafirma:

Hay cuatro lugares por caracterizar, tal vez cada una de estas cuatro permutaciones podría proporcionarnos, en sí misma, el lugar más relevante, para dar así un paso en un orden de descubrimiento que es lo que se llama, ni más ni menos, la estructura. (p. 47)

Según las posiciones en las que se encuentran estos términos, queda determinado el discurso del cual se trata. Es decir, si el S1 está en el lugar de agente, estamos ante el discurso del Amo. Si es él \$ es quien hace de agente entonces es el discurso de la histeria. En el discurso del analista el objeto a actúa como agente, mientras que, en el discurso universitario es el S2 quien asume el lugar dominante.

Discurso del Amo

Lacan (2008) para plantear el discurso del Amo hace referencia a las ideas de Hegel donde este explica como un amo se constituye como tal, se debe enfrentar a un duelo en el que pone como eje la muerte:

En efecto, para continuar con eso, sólo se demostraría que el amo es el amo si resucitara, es decir, si superara efectivamente la prueba. En cuanto al esclavo, se trata de lo mismo, precisamente ha renunciado a enfrentarse a dicha prueba. (p. 30)

Lacan señala que la condición para ser verdaderamente el amo es resucitar, es decir, superar la prueba de la muerte que define su lugar de dominio. En contraste, el esclavo evita esta confrontación. Renuncia para arriesgarlo todo (su vida) por un deseo de reconocimiento. Al hacerlo, cede su lugar en la lucha y acepta someterse al amo. Esta renuncia define su posición: el esclavo vive, pero al precio de someter su deseo al deseo del Otro (el amo). Su existencia queda marcada por esta renuncia, que lo obliga a trabajar para satisfacer las demandas del amo, mientras su propia subjetividad queda en un segundo plano.

La posición de Amo en la antigüedad representaba ley y orden, puesto que era él quien decía cómo se vivía y lo que tenían que hacer también para que el amo viva. Cuando el S1 se posiciona como Agente, es el que lleva el

orden que tiene toda la cadena de significantes y a su vez regulador de goce con la finalidad de que todo funcione y vaya bien. Existe un imperativo de trabajo y producción, es decir, es el amo quien da la orden para que el sistema social o la estructura discursiva mantenga su cohesión y estabilidad.

El S1 representa la imposición de un sentido unívoco, un principio organizador que subordina a los otros significantes (S2) y homogeniza a los sujetos, es decir, los transforma en engranajes de un sistema mayor. El S1 al estar en posición de Agente, va a dirigirse al S2 que está en posición de Otro y le demandará un saber. En una jerarquía hospitalaria esto se ve reflejado cuando el médico principal puede actuar como el agente (S1), estableciendo mandatos para el equipo de trabajo. Sin embargo, su posición no está exenta de tensión, porque su autoridad se apoya en un saber incompleto (S2) que los otros deben ejecutar y ese trabajo producido por quien haya tomado la posición de esclavo nunca satisface del todo al amo, ya que el objeto del deseo (a) siempre se escapa. Lacan lo explica de la siguiente manera:

Lo que queda es ciertamente, en efecto, la esencia del amo, es decir, que no sabe lo que quiere. He aquí lo que constituye la verdadera estructura del discurso del amo. El esclavo sabe muchas cosas, pero lo que sabe más todavía es qué quiere el amo, aunque éste no lo sepa, lo que suele suceder, porque de otro modo no sería un amo. El esclavo lo sabe, y ésta es su función como esclavo. Por eso la cosa funciona, puesto que sea como sea todo esto ha funcionado durante bastante tiempo. (p. 32)

Debido a la doble barra que hay entre producción (a) y verdad (\$), el amo siempre quedará lejos de su objeto de deseo, nunca lo podrá saber todo ya que el sujeto tachado es quien está por debajo de él solo que el Amo no se da cuenta de esta falta en ser que tiene. En este sentido, el discurso del amo es funcional precisamente porque mantiene al Otro en un movimiento circular, perpetuando la alienación tanto del amo como del esclavo, pero asegurando que el sistema simbólico continúe operando. El amo no sabe lo que quiere, pero eso no impide que su demanda sea interpretada y ejecutada por el esclavo. Lacan (2008) plantea que “un verdadero amo, esto es algo que por

lo general hemos visto hasta épocas recientes, y cada vez se ve menos, no desea saber nada en absoluto, lo que desea un verdadero amo es que la cosa marche" (p. 22), es decir que no le interesa nada más que todo funcione.

En instituciones donde se realizan prácticas institucionales, hay veces que la directriz impartida por la autoridad hospitalaria es contundente y unívoca como: "atender a los pacientes a toda hora". Esta orden, claramente enunciada desde el lugar del amo, refleja una lógica centrada exclusivamente en la productividad y el funcionamiento del sistema, sin considerar la singularidad de las dinámicas hospitalarias ni las subjetividades implicadas.

En la práctica, los estudiantes se pueden enfrentar a situaciones que hacen inviable cumplir con esta demanda de manera efectiva. Algunos pacientes no quieren recibir atención psicológica, bien sea por resistencia o desinterés, y en otros casos, el horario de almuerzo llega a representar un obstáculo evidente para el establecimiento de una sesión significativa. Ante estos escenarios, se consulta con la autoridad sobre cómo proceder, solo para recibir respuestas que refuerza la imposición de la tarea: "No todos creo que estén comiendo al mismo tiempo, ha de haber uno". Esta afirmación, lejos de resolver el problema, revela una falta de atención a las condiciones concretas que dificultaban el cumplimiento de la orden.

El mandato de "sólo atiendan a los pacientes" encarnan plenamente el funcionamiento del discurso del amo: lo importante no era la calidad ni la pertinencia del encuentro clínico, sino mantener la apariencia de que todo marchaba, de que la función asignada se cumplía sin interrupciones. Esta lógica impersonal y autoritaria se impone sobre los practicantes, quienes tenían que realizar informes diarios sobre pacientes que no requerían ni deseaban atención psicológica, simplemente para satisfacer una exigencia que no tomaba en cuenta la dimensión subjetiva del trabajo clínico.

En este contexto, el discurso del amo se hace evidente en su insistencia en reducir la práctica psicológica a un acto mecánico y protocolar, ignorando la esencia del encuentro terapéutico, que requiere deseo por parte del paciente y un contexto adecuado para su desarrollo. Este imperativo, que

desestima la singularidad de las situaciones y la escucha del Otro, genera un espacio en el que el practicante se siente alienado, obligado a cumplir órdenes que carecen de sentido clínico, pero que son necesarias para sostener el sistema hospitalario. Así, la prioridad no es el cuidado del sujeto, sino la perpetuación de una estructura que antepone el "que todo funcione" a la efectividad subjetiva de las intervenciones.

Discurso Universitario

El S1 ya no está como agente, sino el S2 quien comanda todo el discurso y allí cambia la dinámica. En este discurso el imperativo que opera es el "sigue sabiendo" porque es el Saber quien toma la batuta. Sin embargo, ¿de qué Saber se trata? Su impacto puede variar según la posición que se encuentre, ya que no es el mismo saber que la histórica apunta a que el Otro le produzca, o el saber no sabido del inconsciente, sino un saber que proviene del discurso del amo y que por ello tiene formas similares de operar, ya que ambos tienen un imperativo sobre la producción: que el círculo no se detenga.

El discurso universitario disfraza la autoridad bajo la apariencia del saber y el saber absoluto. Por tal razón Lacan (2008) en el mismo *Seminario 17*, lo presenta como "la nueva tiranía del saber" (p. 32) o "discurso del amo pervertido" (p. 198). En el discurso del amo por lo menos quien está como amo reconoce, al menos convocado la labor del esclavo, que no tiene el saber y por eso lo pide y genera una orden, sabiendo este que igual está tachado. No obstante, quien está en el discurso universitario cae en una ficción de saberlo todo, siendo este un imposible ya que no puede cubrir todo el campo del conocimiento. En su intento de sistematizar todo, el discurso universitario reduce y normativiza el campo del saber, sin haber una producción nueva, inédita, novedosa sino, simplemente absolutista sin cuestionamientos: lo que se dice es.

El saber universitario se presenta como si no tuviera una posición ideológica o subjetiva, pero que siempre está al servicio de un sistema de poder. En el caso del discurso universitario, ese poder está en la lógica del

amo pervertido: un saber que aparenta no mandar, pero que regula y controla de manera más efectiva precisamente porque se disfraza de ciencia y neutralidad, ¿quién podría contradecir eso? Este saber no es neutro porque su función es esencialmente mantener el sistema funcionando, repitiendo y perpetuando las estructuras de poder que provienen del discurso del amo. La tiranía del saber es más peligrosa porque su autoridad es invisible y, por lo tanto, más difícil de desafiar. Ruiz (2014) profundiza en cómo se muestra este discurso:

En este contexto, son claras las finalidades del discurso universitario como reproducción del discurso del amo: formar una nueva tiranía a partir del empuje desmesurado hacia el saber completo y total de los fenómenos, en el que el saber reemplaza al amo antiguo como agente del discurso y se constituye como imperativo desencarnado de toda humanidad. (p. 64)

Entonces, no es simplemente una acumulación de saber, sino también podría llegar a ser una estructura rígida de poder. Mientras que en el discurso del amo, el saber (S2) está subordinado al significante amo (S1), en el discurso universitario, el saber (S2) se emancipa y ocupa el lugar del agente. Pero emanciparse no significa liberación, sino una reorganización que hace que el saber se convierta en el nuevo amo, uno que no tiene un rostro o figura, sino que funciona a través de la maquinaria de la ciencia, las instituciones y los discursos académicos.

El hospital no es ajeno a este discurso, sumergido en la burocracia lleno de protocolos sin sentido que solo retrasan la atención de quien más necesita, la diligencia en algunos casos es casi inexistente y quien se atreva a tener una idea nueva que pueda significar un progreso, no es bien recibido porque se sale de lo conocido. Nadie está exento de ser institucionalizado, como si todos quienes conforman esta institución estuvieran en piloto automático porque el discurso universitario ha producido los sujetos a su imagen y semejanza. ¿Si los protocolos institucionales pueden establecer un orden, también podrían hacer emerger el mismo individuo? En un hospital cuyo objetivo aparente es cuidar la integridad del Otro, con este borramiento

subjetivo la angustia está al orden del día. Es decir, si todo es una repetición de lo mismo en la cual se esperan los mismos resultados, aparte que puede surgir el aburrimiento, ¿qué esperanza puede tener alguien de ser reconocido por el Otro precisamente como sujeto singular?

Esta situación refleja el efecto del discurso universitario, que homogeniza a los sujetos y tiende a imponer un saber totalitario y rígido. Esto puede adormecer la subjetividad de cada sujeto, reduciéndolos solamente a roles que cumplen alguna función, repiten un saber sin cuestionarlo y actúan conforme a normas que no necesariamente comprenden ni consideran en su singularidad. Este planteamiento no apunta hacia el cambio de protocolos y funciones de un hospital como una solución factible ya que estas son necesarias para que instituciones como ésta exista, sino más bien, poder analizar desde los diferentes discursos como esta institución se encuentra inmersa y cuáles son los imperativos que esta ejerce.

Los médicos, que representan el saber legitimado (S2), tienen la última palabra en decisiones clínicas, aunque el personal de enfermería o los practicantes noten problemas en la aplicación práctica de estas decisiones. Por ejemplo, en una emergencia hospitalaria, se presentó el caso de un joven que había intentado quitarse la vida, lo que requirió atención psicológica inmediata. Un practicante de psicología fue asignado para brindar soporte emocional, logrando establecer una buena transferencia con el paciente durante la intervención inicial. Sin embargo, al día siguiente, el joven fue trasladado a hospitalización, donde el médico jefe de sala era otra persona.

Este médico, a pesar de no tener formación en psicología, decidió unilateralmente que el practicante no podía realizar una sesión de seguimiento, argumentando que el caso era demasiado complejo y debía ser tratado por un profesional titulado. Esta postura fue percibida por el practicante como un limitante hacia su práctica, especialmente considerando que la decisión se tomó sin una evaluación adecuada y sin entender los parámetros psicológicos implicados.

Preocupado por el impacto que esta situación podría tener en el paciente, quien había recibido la promesa de un seguimiento, el practicante solicitó al menos hacer una entrevista de cierre con el joven y explicarle que sería derivado a una psicóloga. Sin embargo, esta solicitud también fue negada por la médica, lo que dejó al practicante imposibilitado de cumplir con su palabra y al paciente potencialmente expuesto a sentimientos de abandono. Esto se debe a que, en la historia personal del paciente, hace dos semanas atrás de su ingreso al hospital, había recibido la noticia que su hermana había fallecido en un accidente en otro país, el paciente comenta: “Primero me deja solo en este país, y luego solo para siempre... Ella dijo que iba a volver”.

Este acontecimiento ilustra cómo el discurso universitario encarnado en las jerarquías institucionales puede operar como una maquinaria que desconoce el sujeto del inconsciente. La intervención del médico, en su intento de regular desde un lugar de saber supuesto total, anuló la singularidad del vínculo transferencial y redujo al paciente a un caso más, desdibujando así la oportunidad de que algo del deseo pudiera sostenerse en el campo hospitalario.

El discurso de la histeria

El discurso de la histeria se manifiesta de manera crucial en las instituciones, destacándose por su capacidad para señalar aquello que no funciona dentro de ellas. Esta función se origina en el sujeto dividido (\$), que ocupa la posición de agente, ubicado en el cuadrante superior izquierdo. Este sujeto, marcado por la falta, se relaciona con el Otro desde su división. En la posición del Otro, arriba a la derecha, se encuentra el S1 (Significante Amo), que representa al Otro supuesto portador de un saber capaz de responder a la división del sujeto. Por su parte, el S2 ocupa la posición de producción, en la parte inferior, y corresponde al saber que se genera como efecto del cuestionamiento del sujeto dividido hacia el Amo. Finalmente, en la posición de verdad, abajo a la izquierda, se encuentra el objeto causa del deseo (a), que revela la verdad del sujeto en su relación con el goce.

Este discurso no busca una respuesta definitiva, sino que opera para subvertir la autoridad del Amo, develando su inconsistencia y exponiendo los límites de su saber. Tal como Lacan señala, “en el discurso de la histérica, está claro que esta dominante la vemos aparecer bajo la forma del síntoma. El discurso de la histérica se sitúa y se ordena alrededor del síntoma” (2008, p. 46). El síntoma se erige como una vía a través de la cual el sujeto logra establecer un lazo con el Otro y, al mismo tiempo, revelar las tensiones entre deseo, goce y falta. Este discurso pone en cuestión el saber del Amo, mostrando que este saber nunca es suficiente; siempre queda algo fuera de su alcance, algo que lo excede y que escapa a su dominio.

En el discurso de la histeria, el objeto a ocupa la posición de verdad, lo que indica que el saber no se agota en el discurso del Amo ni en los significantes ya establecidos. El objeto a funciona como causa del deseo, moviendo al sujeto a buscar y producir nuevos significantes que le permitan acercarse, aunque nunca alcanzar plenamente, la verdad de su división subjetiva y su relación con el goce. Lacan señala que “la división, el desgarramiento sintomático de la histérica se motiva como producción de saber” (2008, p. 190). La histérica impulsa esta producción porque su posición le exige enfrentar y atravesar el vacío que el síntoma y el objeto a revelan.

Este proceso de desenmascaramiento crea las condiciones para que emerja un nuevo saber (S2). Al exponer estas fallas, el discurso de la histeria fuerza al Amo a producir un saber más allá de sus propias limitaciones. El discurso de la histérica, enfatizando cómo la posición del sujeto dividido (\$) y su relación con el objeto a afectan tanto el deseo de saber cómo la función del lenguaje en el contexto de este discurso:

Digamos que, si nos limitamos a leer lo que inscribo aquí con el discurso de la histérica, no siempre sabemos qué es esta \$. Pero si se trata de su discurso y este discurso es lo que hace que haya un hombre animado por el deseo de saber, ¿qué es lo que se trata de saber? Qué valor tiene esta misma persona que habla. Puesto que, en tanto objeto a, ella es la caída, la caída del efecto de discurso, siempre fracturado en algún sitio. Lo que la histérica quiere, en el límite, que se sepa, es

que el lenguaje no alcanza a dar la amplitud de lo que ella, como mujer, puede desplegar con respecto al goce. Pero lo que le importa a la histérica no es esto. Lo que le importa, es que el otro que se llama hombre sepa en qué objeto precioso se convierte ella en este contexto de discurso. (Lacan, 2008, p.35)

Lacan señala que en el discurso de la histérica no siempre queda claro qué es el \$ (sujeto dividido). Sin embargo, su discurso tiene un efecto claro: anima al Otro con el deseo de saber, debido a eso que “muchos hombres se hacen analizar y, por este sólo hecho, están obligados a pasar por el discurso histérico” (2008, p.34). Este deseo no es trivial; surge del cuestionamiento constante que la histérica plantea hacia el lenguaje y el saber, evidenciando sus límites. Lo que se busca saber, desde esta perspectiva, no es sólo una verdad abstracta, sino el valor del sujeto mismo que habla. La histérica, en su posición como objeto a, encarna aquello que se escapa del discurso, el resto imposible de integrar plenamente en el lenguaje. Es la caída porque representa la fractura o el límite del saber; es decir, lo que el lenguaje y el discurso no pueden simbolizar completamente.

El lenguaje no alcanza para nombrar todo del goce. El goce femenino, específicamente, no puede ser simbolizado completamente en el lenguaje, y esto es algo que la histérica, en última instancia, desea señalar. Su discurso se sitúa en esta brecha, subrayando la insuficiencia del lenguaje para dar cuenta de la totalidad del goce. En la histeria busca que el Otro reconozca su valor como objeto precioso dentro del discurso. En este contexto, el objeto a, que representa la causa del deseo, se convierte en un elemento central. La histérica quiere ser ese objeto que no sólo causa el deseo del Otro, sino que también lo confronta con la falta que lo constituye.

En cuanto a lo ya mencionado, en el marco del discurso de la histeria, emerge una tensión fundamental entre el saber y el goce, donde la búsqueda del saber absoluto queda totalmente anulada ya que se revela como un intento de resolver la falta que atraviesa al sujeto. Al respecto, Lacan (2008) señala:

Pero lo que llamo la histeria de este discurso se debe precisamente a que elude la distinción que permitiría ver que incluso si alguna vez esta máquina histórica, que de hecho no es más que el desarrollo de las escuelas, alcanzara el saber absoluto, sería tan sólo para mostrar la anulación, el fracaso, el desvanecimiento al final de lo único que motiva. la función del saber, su dialéctica con el goce. El saber absoluto sería, pura y simplemente, la anulación de este término. (p. 36)

El saber absoluto sería la anulación del motor fundamental del discurso: el deseo de saber, que en última instancia se vincula con el goce. La histeria emerge como un cuestionamiento constante de esa ilusión de plenitud en el saber, poniendo en evidencia que este siempre está atravesado por la falta. Lacan parece aludir aquí a la lógica de la "insatisfacción estructural" del sujeto, que nunca podrá ser colmada por el saber total, ya que este no puede abolir la división subjetiva ni la dialéctica con el goce. Y al hacer referencia a Freud y afirma que "se entiende que la histérica simbolice la insatisfacción primordial" (2008, p.78). La histérica no busca resolver la insatisfacción, sino hacerla visible. En su discurso, esta insatisfacción es el motor que mueve su relación con el Otro, señalando la falta en el saber del Amo y cuestionando su capacidad para responder a su demanda.

Lacan (2008) describe cómo esta posición, a menudo encarnada en lo femenino, revela las estructuras de poder simbólico al mantener una resistencia activa. Al respecto, afirma:

Su manera ella hace una especie de huelga. No entrega su saber. Sin embargo, aun manteniéndose solidaria con la función del amo, la desenmascara, poniendo de relieve lo que hay de amo en el Uno con U mayúscula, sustrayéndose como objeto de su deseo. Esta es la función propia que hace tiempo localizamos, al menos en el campo de mi escuela, bajo el título del padre idealizado. (p. 99)

La histérica mantiene su saber como un enigma, una forma de preservar su posición como sujeto dividido (\$) que interroga al Otro y este saber no es el saber tradicional (S2), sino un saber ligado al goce y al síntoma,

que no puede ser capturado completamente por el significante Amo (S1). La histérica no rompe completamente con el Amo ni con el orden simbólico que este representa. Más bien, su posición está ligada al Amo, pero de una manera crítica ya que, al desenmascarar al Amo, la histérica pone de relieve su inconsistencia, es decir, muestra que el Amo no es todopoderoso ni omnisciente. Revela que el Uno (el Amo) está marcado por la misma falta que atraviesa al sujeto y lo hace al señalar que este Uno no es completo ni autónomo; está sostenido por el deseo y la falta, y es vulnerable al cuestionamiento que ella misma introduce.

La histérica no solo busca un Amo que sepa, sino que también quiere que ese saber no sea absoluto. Lacan describe esta paradoja diciendo que “quiere un amo que sepa muchas cosas, pero de todas formas que no sepa las suficientes como para no creerse que ella es el premio supremo por todo su saber” (2008, p. 137). En esta búsqueda, el discurso de la histeria genera un movimiento continuo de insatisfacción y cuestionamiento que empuja siempre al saber.

Una manifestación del discurso de la histérica puede observarse en la dinámica entre médicos y practicantes de psicología clínica, particularmente cuando las demandas institucionales y las responsabilidades no están claramente delimitadas. En un caso concreto, un practicante de psicología clínica había trabajado con un paciente de 11 años que llevaba tiempo hospitalizado. Tras un seguimiento constante, el practicante descubrió que el niño era víctima de maltrato físico por parte de su padre. Este hallazgo generó preocupación, especialmente porque el paciente estaba próximo a recibir el alta, lo que implicaba su regreso a un entorno familiar potencialmente tóxico.

Ante esta situación, el practicante elaboró un informe detallado y se dirigió a la doctora encargada del caso para discutir las medidas necesarias y activar los protocolos pertinentes que garantizaran el bienestar del niño. Sin embargo, la doctora afirmó que ese asunto no era de su competencia, que era responsabilidad del área de psicología resolverlo. A pesar de preguntar qué procedimientos se seguían en este tipo de situaciones, continuó señalando su insatisfacción con el equipo de psicología y cuestionando su desempeño:

"Atienden al paciente y ni siquiera saben cómo hacerlo. Yo no he visto a nadie aquí; ni siquiera hacen una hora de terapia".

En este ejemplo, la doctora ocupa una posición desde la cual articula el discurso de la histérica. Su queja constante no solo pone en duda la eficacia del trabajo de psicología, sino que también expone una fractura en la estructura institucional al evidenciar la insuficiencia de los protocolos existentes para abordar casos como el del niño maltratado. La doctora, al cuestionar el saber y la capacidad del área de psicología, refleja una posición dividida (\$) entre su rol institucional y su incapacidad de resolver el problema directamente.

Este episodio evidencia cómo, dentro del discurso de la histérica, el malestar y las quejas pueden funcionar como una forma de cuestionamiento, haciendo visible lo que falta en las dinámicas hospitalarias. Al mismo tiempo, esta interacción genera un clima de tensión e impotencia tanto para los practicantes como para otros profesionales, quienes se ven inmersos en un circuito de demandas sin respuestas claras.

Discurso del analista

En el discurso del analista se plantea una estructura que subvierte estas dinámicas de dominio y saber, características de los otros discursos. Su finalidad es posibilitar un espacio en el que pueda emerger el sujeto del inconsciente, y esto lo hace al posicionarse como objeto a. De acuerdo con Lacan (2008), "la posición del analista, que se elimina completamente de su discurso" (p. 67). Esto quiere decir que el analista no se implica con su propia subjetividad ni fantasma, sino se convierte en un lugar vacío que permite al sujeto dividido cuestionarse.

En la posición de agente, está el objeto a que se dirige hacia el sujeto \$ el cual está marcado por la falta y los significantes que lo han determinado inconscientemente. A través del trabajo analítico, el sujeto puede producir un significante nuevo, el S1, que le permita reinscribir su vínculo con el deseo y con los significantes que lo han alienado. Y por último, está el Saber, el S2, en posición de verdad aunque esta no se impone ni ocupa una posición de

autoridad. Este saber emerge en el análisis en relación con su goce y posición subjetiva.

Se conoce a este discurso como el discurso del Amo invertido ya que Lacan (2008) comentó que este “debe encontrarse en el punto opuesto a toda voluntad, al menos manifiesta, de dominar. Digo al menos manifiesta, no porque tenga que disimularla, sino porque, después de todo, es fácil deslizarse de nuevo hacia el discurso del dominio” (p. 73). En cada discurso, los elementos tienen su respectiva función en la cual quien esté en agente tiene una forma dominante, sin embargo, cuando el objeto a está como agente en el discurso del analista, le da un viraje y renuncia a este dominio.

El analista está advertido de esto, ya que al dominar sale del lugar de analista, y se convierte en Amo, y puede sugerir al sujeto, sugestión que podrá generar alivio, pero no durará. En la práctica, el analista no ocupa una posición de poder ni da consejos o interpretaciones autoritarias. Asimismo, tampoco está como \$ ya que este no se queja ni habla de sus preocupaciones con el paciente, más bien, escucha desde el vacío y devuelve al sujeto su propia palabra, provocando que su discurso se histerice y construya una demanda.

El papel del analista no se limita al silencio y a la escucha pasiva, aunque en ocasiones así pareciera, sino que implica un trabajo activo que moviliza las estructuras discursivas del sujeto. En este sentido, Lacan (2008) señala: “lo que el analista instituye como experiencia analítica, puede decirse simplemente, es la histerización del discurso. Dicho de otra manera, es la introducción estructural, mediante condiciones artificiales, del discurso de la histórica” (p. 33). Todo con la finalidad que el sujeto pueda verbalizar su malestar y las inconsistencias que puede ver en el Otro o en el mismo, ya que esto puede movilizar las cadenas significantes que sostienen su malestar, su síntoma o su conflicto.

Es en tanto idéntico al objeto a, es decir, a lo que se presenta para el sujeto como la causa del deseo, como el psicoanalista se presta como punto de mira para esta operación insensata, un psicoanálisis, en la

medida en que se compromete a seguir la huella del deseo de saber.
(Lacan, 2008, p. 112)

El objeto a, según Lacan, es aquello que causa el deseo; no es un objeto tangible, sino más bien algo faltante o perdido que moviliza al sujeto y lo pone a trabajar, ya que hay esta implicación sostenida por el deseo de saber sobre sí mismo, su síntoma, su relación con el goce y el Otro. Según Asensi y Zalbagoitia (2023), ser el objeto a, es lo que permitirá que el analista salga de su discurso y no se deje llevar de sus pasiones:

Esa es la razón por la que la terapia psicoanalítica (llamémosle así) exige el silencio por parte del analista. Ser objeto(a) quiere decir deslizarse hacia el silencio, porque el objeto(a) no habla, no mantiene discurso. Lo real no habla, y el objeto(a) se le acerca en calidad de plus-de-goce. (p. 70)

Su tarea es sostener ese vacío que causa el deseo, permitiendo que el analizante produzca su propio saber. Una vez planteado el discurso del analista, queda como pregunta si este discurso puede existir en una institución, o sólo puede darse en la clínica de un encuentro analítico. ¿De qué forma se puede este discurso hacer presencia dentro del hospital, donde priman otros discursos? Los practicantes de psicología pueden hacer uso de este discurso, dando así una posibilidad a algo nuevo, a una lectura totalmente diferente a la de los médicos y protocolos, ya que permite de alguna manera reinventar, albergar y poner al trabajo la singularidad del sujeto. En el siguiente planteamiento de García (2022) en *El analista en la institución una presencia (a)normal* pone en tensión las instituciones y como el psicoanálisis se puede hacer un lugar en ellas:

¿Cómo alojar eso insoportable en el contexto institucional? Pregunta que lleva la reflexión hacia las condiciones que permiten subvertir aquello que la institución fuerza a hacer prevalecer, como un estándar que regule el goce con la misma medida para todos y con reglas que se orientan por un ideal de normalidad. El psicoanálisis, por el contrario, nos propone una posición incómoda y anormal, por ejemplo,

erradicando de la experiencia analítica la interferencia de la comprensión, paso previo para hacer resonar algo más allá del sentido.
(p. 28)

A veces la sola presencia de alguien que está capacitado para poder atender las urgencias subjetivas que pueden surgir en estos entornos, introduce un cambio en la narrativa dentro de la institución, en donde todo funciona por automatón, y así existe una posibilidad de hacer algo con lo real, eso ignorado, abyecto y sin ley que habita a cada sujeto.

CAPÍTULO 3

La formación del practicante

La formación clínica del practicante juega un papel fundamental para poder sostener la práctica preprofesional dentro de cualquier institución. Gracias a la formación podrá hacer frente a los desafíos que se le presenten, tanto en la institución como en el encuentro clínico con los pacientes. Laurent (2012) hace referencia a Freud y señala que “la formación analítica reposa en un trípode: seminarios de formación teórica, la prosecución por el candidato psicoanalista de un psicoanálisis hasta el final, las supervisiones” (p. 4). Esto implica una serie de pilares sobre los cuales el futuro psicólogo podrá construir su posición como clínico.

El ejercicio clínico no se puede construir sobre las bases de un vacío teórico. Hasta cierto punto la universidad logra satisfacer con su enseñanza al estudiante lo necesario para seguir sosteniendo el deseo de seguir formándose como tal. Según Espinosa (2021) quien aborda los diferentes ejes de la formación del analista, afirma lo siguiente:

La universidad es y será siempre importante para el psicoanálisis; el espacio universitario ha sido y seguirá siendo para muchos, un primer elemento de encuentro con el psicoanálisis y un importante medio de relación, no obstante, la currícula universitaria dogmatiza la teoría; al ser la universidad una apuesta por la enseñanza de un saber hecho conocimiento y tener como prioridad la universalidad de éste, quedan fuera siempre la condición del caso por caso, de la singularidad y sus tiempos particulares. Enseñar implica un imposible, así lo planteaba Freud al referir las tres profesiones imposibles; enseñar, gobernar y psicoanalizar. Esta imposibilidad no impide la insistencia de hacerlo, no implica la renuncia, más bien se sostiene en esa dificultad de enfrentar la propia constitución subjetiva vinculada al vacío, al límite, al no todo, porque en ello se juega la vida. La imposibilidad está vinculada al límite mismo de lo que nos hace sujetos, nuestra condición de mortalidad hablada, significativa. (p. 19)

Esta afirmación puede resultar algo paradójica, ya que plantea un cuestionamiento sobre los límites de la teoría, como necesaria pero insuficiente para garantizar la formación clínica. En este sentido, es pertinente recordar la imposibilidad de enseñar en su totalidad, pues se enfrenta a un límite estructural: el vacío y la imposibilidad de transmitir un saber absoluto y de manera directa.

Sin embargo, lejos de representar un obstáculo paralizante, dicha imposibilidad se convierte en el motor mismo de la enseñanza, ya que desafía la constitución subjetiva y confronta al sujeto con su propia falta. Al mismo tiempo, refuerza la idea de que todo saber es siempre incompleto y que la transmisión del psicoanálisis no puede reducirse a un simple aprendizaje académico, sino que implica la experiencia en sí misma.

Lacan (2007) en el *Seminario 10* habla también sobre la enseñanza y el deseo en el cual plantea que “no era un camino equivocado, para introducir el deseo del analista, recordar que está la cuestión del deseo del enseñante” (p. 187). En este sentido, Lacan relaciona el deseo del analista con el deseo del enseñante, enfatizando que en ambos casos no se trata de imponer un saber, sino de posibilitar un espacio donde el sujeto (analizante o estudiante) pueda implicarse y producir su propio saber. No es simplemente trasladar un conjunto de teorías a los estudiantes como si fuera una traducción teórica, sino va más allá donde se introduce el deseo a partir de la falta, del imposible, del no-saber. Por lo tanto, la enseñanza no se la transmite sino se la vive:

Si ustedes quieren, es porque hay - secretada por la experiencia analítica - toda una literatura que se llama teoría analítica, por lo que me veo obligado, a menudo a mi pesar, a darle aquí tanto lugar, y ella es la que requiere que haga algo que vaya más allá de la recopilación, que vaya, a través de esta recopilación de la teoría analítica, en la dirección de acercarnos a aquello que constituye su fuente, o sea, la experiencia. (p. 26)

La teoría no es un fin en sí mismo, esta perspectiva rompe con la idea tradicional de la enseñanza como la simple transmisión de conocimientos y

pone el acento en la singularidad del proceso de aprendizaje, donde el vacío de saber y la falta son condiciones esenciales para la formación.

Miller (2011) en *Para introducir el efecto-de-formación* señala que “la cuestión de la formación es siempre más sutil cuando su fin no es solamente obtener la adquisición de saberes, sino también la aparición de ciertas condiciones subjetivas, una transformación del ser del sujeto”. Esto da como efecto los otros dos pilares: el análisis personal y la supervisión.

El análisis personal

La importancia del análisis personal en la formación clínica radica en que su propia implicación subjetiva puede influir en la escucha y en la dirección de la cura. Si el inconsciente del practicante de psicoanálisis no ha sido trabajado, corre el riesgo de generar interferencias en el proceso analítico, ya sea a través de resistencias inconscientes, identificaciones no elaboradas o sesgos en la interpretación del material del paciente. Freud enfatiza esta cuestión al señalar que el practicante de psicoanálisis no solo debe poseer conocimientos teóricos y técnicos, sino que también debe haber pasado por un proceso de análisis propio que le permita reconocer sus puntos ciegos y evitar distorsionar lo que el paciente le comunica en las sesiones.

Freud (1912) en *Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico*, señala lo siguiente:

Ahora bien, si el médico ha de estar en condiciones de servirse así de su inconsciente como instrumento del análisis, él mismo tiene que llenar en vasta medida una condición psicológica. No puede tolerar resistencias ningunas que aparten de su conciencia lo que su inconsciente ha discernido; de lo contrario, introduciría en el análisis un nuevo tipo de selección y desfiguración mucho más dañinas que las provocadas por una tensión de su atención consciente. Para ello no basta que sea un hombre más o menos normal; es lícito exigirle, más bien, que se haya sometido a una purificación psicoanalítica, y tornado noticia de sus propios complejos que pudieran perturbarlo para aprehender lo que el analizado le ofrece. (p. 115)

De este modo, el análisis personal se erige como un requisito, constituyéndose en uno de los pilares fundamentales de la formación en psicología clínica. Más allá de ser un aspecto formativo, también representa una herramienta ética indispensable, ya que posibilita una escucha más clara y una intervención clínica más precisa.

Lo que Freud dice al final de la cita toma más sentido cuando Lacan (2008) en el *Seminario 2 El Yo en la Teoría de Freud y en la Técnica Psicoanalítica* afirma que “resistencia hay una sola: la resistencia del analista. El analista resiste cuando no comprende lo que tiene delante” (p. 341)”. Se tiende a creer que cuando existe alguna dificultad para el analizante entender o recibir alguna intervención es porque existe alguna resistencia de su parte, como si no quisiera ver o aceptar su deseo, goce, posición subjetiva. Sin embargo, Lacan al explicar que “la resistencia es el estado actual de una interpretación del sujeto. Es la forma en que, en ese mismo momento, el sujeto interpreta el punto en que está” (p. 341), cambian las reglas del juego ya que puede que el origen de esta interpretación no sea desde el análisis clínico del sujeto, sino desde algo que se le juega dentro de su misma posición subjetiva como psicólogo, y con respecto a esta dinámica con el sujeto analizante, Lacan en el mismo seminario agrega:

El sujeto está en el punto en que está. Se trata de saber si avanza o no. Es obvio que no tiene ninguna tendencia a avanzar, pero por poco que hable, por mínimo que sea el valor de lo que dice, lo que dice es su interpretación del momento, y la secuencia de lo que dice es el conjunto de sus interpretaciones sucesivas. Para ser exactos, la resistencia es una abstracción que ustedes meten ahí para orientarse. Introducen la idea de un punto muerto al que llaman resistencia, y de una fuerza que hace que eso avance. (p. 341)

En el sujeto no hay resistencia, y esta tendencia a asumir que la hay, Lacan (2008) afirma que “son ustedes quienes para entender lo que pasa, la suponen” (p. 341). Esta acción de suponer para tapar el no saber, puede que se deba a algo relacionado con la angustia ya que pareciera que es más fácil decir que el otro es quien se resiste a ser analizado, que aceptar que tal vez

haya algo de su historia que pueda remitir al practicante íntimamente y le imposibilite un análisis más preciso.

Nadie está exento a esta resistencia, más bien puede ser vista como una oportunidad ya que al reconocerla permite que el psicólogo recurra a su análisis personal y trabajar aquello para que ya no siga siendo un obstáculo. Espinosa (2021) comenta sobre la implicación subjetiva:

Que el psicoanalista deba revelar todo lo que pueda de sí mismo es una condición paradójica con respecto a su necesario borramiento en la clínica; si bien, el psicoanalista en acto ha de borrarse en su subjetividad, no así fuera de ese contexto, donde siempre se expone como sujeto y responde desde su propio lugar inconsciente. (p. 15)

Fuera de la clínica, el practicante de psicoanálisis sigue siendo un sujeto con su propio inconsciente, lo que implica que, en otros ámbitos como la enseñanza, la escritura o su vida personal, inevitablemente se expone y responde desde su subjetividad, incluso de manera inconsciente. Es decir, aunque en el espacio clínico deba mantener una posición de neutralidad, no deja de ser un sujeto atravesado por su propio deseo y su propia historia en otros contextos. Sin embargo, en la clínica, su historia y su deseo no deben volverse un obstáculo que interfiera con la transferencia, sino un punto de apoyo que le permita sostener ese deseo que lo llevó a ejercer clínica.

Desde el discurso del analista, se sabe cual es la posición que este debe adoptar frente a su analizante, es decir, la posición de ser semblante de objeto a. Lacan (2009) en Escritos 1 señala que el analista se posiciona en el lugar del muerto:

Esto quiere decir que el analista interviene concretamente en la dialéctica del análisis haciéndose el muerto, cadaverizando su posición, como dicen los chinos, ya sea por su silencio allí donde es el Otro [Autre], con una A mayúscula, ya sea anulando su propia resistencia allí donde es el otro [autre], con una a minúscula. En los dos casos, y bajo las incidencias respectivas de lo simbólico y de lo imaginario, presentifica la muerte. (p. 405)

Aquí el analista se ubica en el lugar del gran Otro del lenguaje, es decir, como garante de la falta y del deseo del analizante. Su silencio no es vacío, sino que opera como una ausencia que genera preguntas y permite que el sujeto proyecte sus significantes. Mientras que la anulación de su propia resistencia como el otro (*autre*, con a minúscula), el analista se despoja de sus identificaciones imaginarias para evitar que su subjetividad interfiera con la transferencia. Al renunciar a su subjetividad, no busca ser un yo que se impone en la escena, sino que opera desde el deseo del analista.

Françoise Dolto (1991) en su libro *Autobiografía de una psicoanalista* en el cual habla de su formación profesional menciona con respecto a su análisis personal:

¿Cómo sabe que no hemos terminado? -Por esto: con casi todos ya no pienso nunca en mí, pero cuando una madre o un padre o un niño llegan a contarme algo que me hace pensar: ¡Ah, sí!, como yo, eso prueba que no he terminado” Creo que no me equivocaba. Y cuando me di cuenta que de verdad comenzaba la consulta a las 8:30 de la mañana y la terminaba a las 13:00 horas sin haber pensado en mí ni medio segundo, consideré que estaba analizada”. (pp. 93-94)

Este fragmento de Dolto refleja la idea de que el proceso de análisis personal llega a una etapa de madurez cuando el analista deja de proyectarse en los casos que escucha. La noción de estar analizado se vincula con la capacidad de recibir el discurso del otro sin que su propia historia se interponga en la escucha, sugiere que mientras persista la identificación con la experiencia del paciente ("como yo"), aún hay trabajo por hacer.

Las supervisiones

La supervisión no es solo una evaluación externa, sino un proceso de confrontación con lo que el practicante de psicología no ve de sí mismo en la clínica. Implica revisar resistencias inconscientes, prejuicios ideológicos y cuestiones éticas que pueden incidir en la dirección de la cura. Mauer et al., (2015) señala que: “La supervisión es un espacio de revisión de los puntos ciegos del analista, de sus resistencias inconscientes, sus ideologías, su ética;

es un lugar de cotejo y reformulación de las teorías en relación con la clínica” (p. 348). Este recorrido no busca respuestas cerradas, sino construir una posición reflexiva donde el practicante de psicología pueda pensarse a sí mismo y a su práctica.

Su función central radica en permitir al psicólogo examinar su posición en la transferencia y en la dirección de la cura, más allá de una revisión teórica y técnica del ejercicio clínico. Estos mismos autores además plantean lo siguiente:

La supervisión deviene entonces en un espacio de búsqueda y de trabajo vinculado. Tanto el supervisor como el supervisado hacen lugar al obstáculo y a las revisiones a que llevan los desafíos de la clínica. Los procesos de desidealización y desidentificación son los que, eventualmente, permitirán la creación de un nuevo campo apto para ahondar en las dificultades y poner en marcha cambios. (p. 355)

No es un trabajo unilateral, Laurent (2017) habla sobre la *dritten person* que se traduce como la tercera persona y menciona que “La transferencia incluye el analista en el discurso del analizante. Y profundizar, hacer resonar todas las virtualidades de esta perspectiva es necesario para asegurar la intervención del analista supervisor, o superauditor dentro del procedimiento” (párr. 11). El supervisor, al no estar inmerso en la relación analítica directa, actúa como un punto de referencia externo que facilita la revisión de la implicación del practicante en el caso.

Mauer et al., (2015) reitera esta afirmación al decir que “la inclusión de un tercero, el supervisor, al que se posiciona como referente, permite revisar la fantasmática imaginaria en la que paciente y analista pueden estar atrapados” (p. 349). Su función no es sólo técnica, sino también estructural, en la medida en que permite cuestionar las repeticiones y equívocos que pueden estar presentes en la dirección de la cura. De este modo, la supervisión se convierte en un espacio donde se reconfigura la posición del practicante, evitando que esta quede fijada en lo imaginario y permitiendo que el análisis siga su curso.

Sin embargo, Rojas y Fazio (2023) afirman que “un control no es un análisis, aunque pueda tener efectos analíticos” (p. 679). El control ayuda a cuestionar la práctica del psicólogo clínico, pero no es un espacio para trabajar su propia subjetividad de manera profunda. El control no busca una resolución de los problemas, sino más bien señalar lo que podría estar siendo de obstáculo para que el practicante lo pueda trabajar después en su análisis personal. Sin embargo, las intervenciones del supervisor en el control pueden tener efectos profundamente analíticos, ya que llegan a resonar de tal manera en el practicante que lo trabajado puede generar un cambio significativo en su práctica.

Lacan (1967) en el *Discurso a la EFP* da alusión a cuándo podría ser necesario controlar ya que es “es muy distinto a controlar un «caso»: un sujeto (insisto) al que su acto desborda, eso no es nada, pero si desborda a su acto produce la incapacidad que vemos florecer en el parterre de los psicoanalistas” (p. 5). El acto en sí puede sobrepasar al practicante y hasta cierto punto necesario ya que la supervisión es parte de su formación, sin embargo, esto puede ser un problema cuando el practicante sobrepasa su acto y deja de maniobrar desde el deseo del analista e impone su deseo neurótico.

Si consideramos esto como un intento de transmitir un saber acerca de las consecuencias del acto, así como sobre los obstáculos que pueden surgir en su realización, podríamos replantear la supervisión desde una perspectiva diferente. Noya (2023) da cuenta de ello:

Ya que no hay que olvidar que el trabajo del analizante hace a la posición del analista; es por medio de la red de significantes expuesta por el trabajo del analizante, con sus desvíos, sus retornos, sus obstáculos transferenciales, la complejidad de los anagramas de sus síntomas, es allí como se circunscribe el lugar donde el analista puede encontrar la dimensión de su acto. De manera que no deja de tener fundamento el hecho de que la transmisión en el control de todo ese material pueda ser conducida a una tarea de saber sobre el acto o sobre sus obstáculos.

Como ya se ha planteado antes, este mismo hecho puede llevar a que el practicante se movilice y lo lleve al límite de su no saber. Por lo tanto, el control juega un papel fundamental ya que lo encaminara otra vez en el orden del deseo por medio del discurso analítico.

El deseo del analista / el deseo más allá de la demanda

El paso del deseo neurótico de completar al Otro hasta el deseo del analista señala un cambio fundamental en la posición subjetiva. Donde antes imperaba la urgencia por responder a una supuesta falta en el paciente, con el riesgo de un "furor curandis", ahora se abre paso una actitud de aceptación de la falta, de lo no sabido. El deseo del analista no es una posición salvadora ni una imposición de intervención, sino una función ética que se interroga en cada encuentro, cuestionando su propio acto.

Lacan (2009), en *La dirección de la cura y los principios de su poder*, critica la idea de que el analista deba buscar el bien del sujeto, argumentando que "la bondad es sin duda más necesaria aquí que en cualquier otro sitio, pero no podría curar el mal que ella misma engendra" (p. 590). Para Lacan, el analista que busca el bien del sujeto corre el riesgo de repetir patrones educativos alienantes, reduciendo el análisis a una forma de "reeducación emocional" (p. 590). En este sentido, el análisis no encuentra su sostén en la bondad ni en un furor curandis, más bien, como señala Lacan, el analista debe "vérselas sucesivamente con todas las articulaciones de la demanda del sujeto. Pero además, como lo diremos más abajo, no debe responder ante ella sino de la posición de la transferencia" (p. 590). Es decir, la respuesta del analista debe estar mediada por la relación transferencial, que se articula con el deseo del analista y busca promover la emergencia del deseo inconsciente del analizante.

En su *Seminario 11: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*, Lacan (1987) plantea directamente la pregunta: "¿Cuál es el deseo del analista? ¿Qué ha de ser del deseo del analista para que opere de manera correcta?" (p. 17). Esta interrogación, como señala, es fundamental para la formación del analista, ya que el análisis didáctico debe conducir al

analista en formación a ese punto que él designa como "el deseo del analista" (p. 18). En última instancia, y como afirma en *Escritos 2: Del Trieb de Freud y del deseo del psicoanalista*, es "el deseo del analista el que en último término opera" (p. 811). El analista actúa como un operador dentro del proceso analítico, siendo fundamental no solo su presencia, sino también una disposición específica de su ser que posibilite el trabajo del análisis.

El deseo del analista es, quizás, uno de los sintagmas más enigmáticos de la teoría psicoanalítica. Lejos de ser un deseo personal, se presenta como una fuerza que opera guiando el proceso analítico sin imponerse directamente. Lacan (1987) en el *Seminario 11* lo describe como una 'x', una incógnita que, paradójicamente, posibilita el franqueamiento del plano de la identificación. En sus propias palabras:

El esquema que les dejo, como guía de la experiencia tanto como de la lectura, les indica que la transferencia se ejerce en el sentido de conducir la demanda a la identificación. Por cuanto el deseo del analista, que sigue siendo una x, tiene en el sentido exactamente contrario a la identificación, es posible el franqueamiento del plano de la identificación, por medio de la separación del sujeto en la experiencia. De ese modo, la experiencia del sujeto es llevada al plano donde puede presentificarse, la pulsión, de la realidad del inconsciente. (p. 282)

El deseo del analista no pretende reforzar la identificación del paciente ni alinearlo con ideales preestablecidos. Por el contrario, su función es operar en dirección opuesta a la identificación, promoviendo una separación que permita al sujeto confrontar su propio deseo inconsciente. Al sustraerse de la lógica de la demanda y no prestarse a la captura imaginaria, el deseo del analista posibilita que el sujeto se diferencie del Otro y se vincule nuevamente con su deseo.

Para comprender cómo el deseo del analista posibilita esta separación y este vínculo con el deseo inconsciente, es fundamental analizar la relación entre deseo y demanda. Lacan (2009), en *La dirección de la cura y los*

principios de su poder, articula esta relación de manera precisa: "El deseo es lo que se manifiesta en el intervalo que cava la demanda más acá de ella misma" (p. 597). Es decir, el deseo surge en ese espacio que se abre cuando la demanda, dirigida al Otro, revela la "carencia de ser" que habita tanto al sujeto como al Otro. En este sentido, "el deseo del hombre es el deseo del Otro" (p. 598), no en el sentido de una identificación, sino en el sentido de que el sujeto busca en el Otro la estructura misma de su deseo, en esa "hiencia" abierta por el significante. De esta manera, y como señala Lacan, "el deseo se produce en el más allá de la demanda" (p. 599), como una condición absoluta que impulsa al sujeto más allá de las necesidades y las demandas explícitas.

Sin embargo, Lacan advierte que, en la práctica, se tiende a concebir el poder de la cura únicamente en relación con los efectos de la demanda. Por ello, enfatiza "la importancia de preservar el lugar del deseo en la dirección de la cura" (p. 603), orientando ese lugar con relación a los efectos de la demanda, para que la cura no se reduzca a una mera respuesta a las demandas del paciente, sino surja su deseo.

CAPÍTULO 4

Metodología

La metodología estará centrada en los procedimientos necesarios para poder cumplir cada objetivo específico.

Enfoque

El enfoque cualitativo es esencial para esta investigación, ya que permite explorar de manera profunda y detallada las experiencias subjetivas de los practicantes de psicología clínica en el contexto hospitalario. Dado que el objetivo es comprender cómo la demanda institucional hospitalaria puede movilizar el deseo de formación clínica en los practicantes de psicología clínica, este enfoque facilita la captación de las complejidades de sus afectos, y reacciones frente a las exigencias. Como señala Sampieri (2014):

Los planteamientos cualitativos son abiertos, expansivos, fundamentados en la experiencia e intuición, se aplican a un número menor de casos, se orientan a aprender de experiencias y puntos de vista de los individuos, valorar procesos y generar teoría fundamentada en las percepciones de los participantes. (p. 409)

Este enfoque permite analizar en profundidad cómo los practicantes interpretan y viven la demanda institucional, ofreciendo una visión rica y detallada de sus vivencias, lo cual es crucial para el desarrollo de oportunidades de formación profesional que aborden esta problemática.

Paradigma

Este paradigma permitirá explorar en profundidad cómo los practicantes interpretan y dan sentido a las demandas institucionales y cómo estas interpretaciones influyen en su experiencia de angustia. A través de un enfoque interpretativo, se podrán captar las sutilezas y matices de estas experiencias, lo que es crucial para desarrollar una comprensión completa de

la problemática y para formular estrategias que puedan abordar de manera efectiva la angustia en este contexto. Como señala Martínez (2013):

La persona aprende por medio de su interacción con el mundo físico, social y cultural en el que está inmerso. Así que el conocimiento será el producto del trabajo intelectual propio y resultado de las vivencias del individuo desde que nace. (p. 4)

Esta perspectiva subraya la importancia de considerar las vivencias y las interpretaciones de los practicantes como elementos centrales en la construcción de conocimiento sobre su experiencia de angustia en el contexto hospitalario.

Método

Para esta investigación se va a trabajar con el método descriptivo, debido a que ofrece las posibilidades de indagar a fondo sobre cómo es la demanda institucional y que efectos tiene. Según Guevara et al., "El objetivo de la investigación descriptiva consiste en llegar a conocer las situaciones, costumbres y actitudes predominantes a través de la descripción exacta de las actividades, objetos, procesos y personas" (2020, p. 171). Es relevante este método porque permite recopilar toda la información posible de lo que queremos investigar para conocer los significados desde la perspectiva de los sujetos, y en este caso, cómo deviene en angustia en los practicantes de psicología.

Técnicas e instrumentos de Investigación

En esta investigación cualitativa, se utilizarán cuestionarios como instrumento principal para explorar el sentido y el significado que tiene la demanda institucional en cada practicante, así como el impacto de esta experiencia en ellos. Los cuestionarios, según Pozzo et al., "permiten una aproximación amplia a esta diversidad de contextos y realidades en la que se torna necesario reflexionar sobre esta dimensión al encarar estudios que vayan más allá del análisis de un caso" (2018, p. 2). Los cuestionarios cualitativos utilizan preguntas abiertas para explorar en profundidad las

opiniones, experiencias y relatos de los participantes, favoreciendo además el anonimato. Además, para el marco teórico se utilizó la revisión bibliográfica que según Gómez et al., “puede ser aplicada a cualquier tema de investigación para determinar la relevancia e importancia del mismo y asegurar la originalidad de una investigación” (2014, p. 159). Este instrumento permitió justificar la relevancia del tema y generar nuevas preguntas de investigación. Finalmente, se utilizó la viñeta clínica para dar a conocer un caso de cómo el practicante pudo hacer con la demanda de la institución y acoger al sujeto en su malestar, tomando en consideración los efectos en la formación clínica a partir de los dispositivos clínicos a los que recurrió.

Cuestionarios

En esta investigación se empleó un cuestionario compuesto por 8 preguntas abiertas, diseñadas para explorar las variables de demanda hospitalaria, angustia del practicante y la formación clínica. El objetivo principal fue conocer en profundidad la experiencia de los practicantes que realizaron sus prácticas preprofesionales en un entorno hospitalario, y cómo dicha experiencia los movilizó en su formación clínica. Las preguntas abiertas facilitaron la obtención de información sobre sus vivencias, percepciones y significados que atribuyen su paso por el hospital.

Revisión bibliográfica

La revisión bibliográfica fue muy útil para el desarrollo del marco teórico ya que se abarcan conceptos psicoanalíticos como la angustia, los diferentes discursos de lazo social, demanda e institución, el trípode freudiano y el deseo del analista. Para estos conceptos se revisaron a diferentes autores pioneros en la teoría, como Freud y Lacan, entre otros tales que aportaron en el trabajo al realizar una lectura intertextual e intratextual.

Viñeta Clínica

La formalización de un caso que se dio durante la práctica preprofesional permite conocer en profundidad esta experiencia inmersiva como practicante de psicología en un hospital de la ciudad. Además, permitió

evidenciar como lo que le angustiaba al practicante lo llevó a hacer uso de los dispositivos de formación.

Población

La población objeto de estudio estuvo compuesta por estudiantes de la carrera de psicología clínica que se encuentran realizando sus prácticas preprofesionales en diferentes hospitales de la ciudad de Guayaquil; siendo esta una muestra intencional y teórica. Estos practicantes proporcionaron valiosos insumos para entender la complejidad de la interacción entre la demanda institucional y la subjetividad de los futuros psicólogos.

CAPÍTULO 5

Presentación y análisis de resultados

Presentación

En este apartado se encontrarán los resultados obtenidos a partir del cuestionario realizado de forma anónima a estudiantes de psicología clínica que han realizado sus prácticas preprofesionales en diferentes hospitales de la ciudad de Guayaquil y la viñeta clínica a analizar.

Tabla 1

La Angustia

Variable: Angustia	Pregunta 1: ¿Qué factores del discurso institucional consideras que podrían angustiar a un practicante de psicología clínica?	Pregunta 2: ¿Cómo se ha manifestado la angustia en ti, como practicante, durante las prácticas en la institución hospitalaria?
Estudiante 1	el tener un mínimo de pacientes por atender cuando aún no existe una explicación de cómo hacerlo o que se puede encontrar con cada persona	Bastante alta, el lugar de prácticas no fue del todo bueno para mí, considero que se podía dar de mejor manera un poco menos intensa por la tutora
Estudiante 2	La rapidez y exigencia que caracteriza al discurso hospitalario	Estrés, poco sueño, me temblaba el ojo, no comía bien
Estudiante 3	Despersonalización, roles poco claros, jerarquías rígidas y contacto con el sufrimiento humano	Somatización y temor a cometer errores en alguna intervención
Estudiante 4	La inmediatez con lo que quieren las cosas, te tratan como un empleado más cuando eres un practicante	He sentido ganas de no ir a las prácticas. Se me hacía insostenible estar allá. Hacia lo mínimo que me pedían, me sentía muy ansiosa y temerosa cuando venía las autoridades.
Estudiante 5	La demanda de inmediatez y eficiencia	Una vez cuestionaron mi capacidad como practicante y no supe qué responder, me sentí muy expuesta y me dieron ganas de
Estudiante 6	Responder a su ideal y no permitirle que dirija su intervención desde su conocimiento y corriente que lo moviliza	Considero que el tiempo de seguimiento es muy corto y genera cierto tipo de corte de la intervención
Estudiante 7	A mí parecer la posición de la institución puede proponerse a la de un discurso de amo ante el practicante	Que exista la posibilidad de fallar o ser rechazado por la institución y por los pacientes
Estudiante 8	La demanda de resultados, poca aceptación de parte de demás personal dentro del hospital.	Comer en exceso.
Estudiante 9	El cumplir con lo establecido en la institución, en un lugar donde no hay los recursos para el practicante	De maneras extremas, por la falta de organización que hay dentro del hospital con respecto a los practicantes
Estudiante 10	tal vez si hay un momento si no se realiza una buena explicación de cómo se dará la práctica y las responsabilidades a cumplir, adicionalmente si no existe una guía o supervisión en la que el practicante se pueda apoyar si presenta algún	Han existido momentos donde la comunicación no ha sido la mejor, lo cual ha llevado a conflictos y malentendidos, ya su vez a consecuencias con el supervisor de prácticas.

Estudiante 11	Normas y regulaciones	Ansiedad por no saber cómo actuar ante situaciones que escapan del campo teórico
Estudiante 12	Podría generar angustia el tener que estar preparado para responsabilizarse de otras áreas cuando mis compañeros no hayan asistido.	La angustia se ha manifestado como un no saber ante la intervención con distintos casos.
Estudiante 13	Quizás sea la rigidez del discurso con el que se manejan, es decir, imponer aún sabiendo que somos nuevos en el campo clínico.	Desde mi experiencia en el hospital fue la gran demanda de pacientes y sobre todo la rapidez con la que debes trabajar, debido que, muchos están internados por poco tiempo incluso 1 día, lo cual no apertura mucho ofrecimiento de la terapia. Sin embargo, al ser primeriza solo fue la primera semana.
Estudiante 14	Uno de ellos podría ser la demanda de inmediatez por parte del personal médico.	Al principio me sentía muy nerviosa, no tenía tantas ganas de asistir al hospital y tenía dolores diarios de barriga.
Estudiante 15	Altas exigencias y las dificultades que pueden aparecer en el trabajo multidisciplinario	Falta de deseo de atender pacientes
Estudiante 16	Factores de demandas y expectativas en el practicante, por ejemplo: que el practicante resuelva una situación al beneficio del médico más no por el bienestar del paciente.	Siento que la angustia se manifestó en dos partes, días de angustia que me guiaba a producir o responder a la institución, y otros días de angustia que me llevaban a la inhibición, estancamiento sin producción.
Estudiante 17	quizá el discurso inicial cuando se realiza la inducción, además de la manera en que muchas veces se plantean los trabajos a realizar	se manifestaba en el horario reducido para subir los informes al principio, pues tenía clases todo el día y muchas veces no había luz en la universidad para poder enviarlo a tiempo
Estudiante 18	Tratar de cumplir la demanda del hospital sabiendo que el tiempo del sujeto es otro	Se ha manifestado cuando tengo que abordar casos en los que los pacientes no aceptan el mal diagnóstico de sus hijos
Estudiante 19	Cumplir el reglamento	En sentimientos de nerviosismo o temor a equivocarme
Estudiante 20	Quizás la forma en la que estos presionan y encasillan mucho, además de que se espera una devolución propia desde el discurso que opera en la institución hospitalaria que es el discurso médico, por lo tanto hay que saber ante esto, moldear las palabras para que parezca que hay una disminución de algo somático (ansiedad, por ejemplo).	Evitar la labor que tenía que cumplir, es decir tener la sesión con los pacientes, ya que sentía que no iba a estar a la altura de las exigencias. Total inhibición.

Tabla 2*La Institución (Demanda y Discursos)*

Variable: demanda institucional	Pregunta 3: ¿Cómo describirías la demanda institucional	Pregunta 4: ¿Cuál es el discurso de la institución hospitalaria respecto a la labor del practicante	Pregunta 5: ¿De qué modo respondes y te sitúas frente a la demanda institucional y su
Estudiante 1	caótica, todos pretenden que el rol del psicólogo es solucionar todo y a todos	“es de apoyo para los demás”	la acojo pero trato de cambiar ciertas cosas para hacerla propia y tener mejores resultados
Estudiante 2	Angustiante y pesada	Un discurso de mucha demanda y solución inmediata, un poco contrario a lo que realizamos con los pacientes	Cumplo las exigencias y trato de adaptarme al ritmo del hospital
Estudiante 3	Intervenciones inmediatas con los pacientes reacios a realizar los tratamientos o a comunicarse con el médico tratante	El practicante es visto como aprendiz, apoyo complementario y en un rol secundario frente a otras disciplinas	Adaptarse, poner límites
Estudiante 4	Es absorbente, sobre todo en la parte burocráticas. Me pedían informes, papelos, realizar pruebas, nunca acababan	Prácticamente atendemos al paciente cuando no quiere hacer caso a los doctores o enfermeras. Es como si fuéramos los que convencen	Me sentía alienada por el discurso hospitalario
Estudiante 5	Atosigante, insatisfecha, nunca era suficiente y cualquier error eliminaba los logros anteriores.	Cuando lo biológico no es suficiente, sí o sí debe haber una razón psicológica que se debe saber. Los psicólogos son para escuchar a la gente triste o para mediar con pacientes groseros.	En calidad de objeto

Estudiante 6	En mi caso tuve la libertad de intervenir desde mi postura la demanda de la	tiende a centrarse en la integración del psicólogo dentro de un equipo multidisciplinario, subrayando la importancia de su	Mi respuesta frente a la demanda institucional y su discurso se caracteriza por un enfoque reflexivo y crítico,
Estudiante 7	Exigente y amenazadora, existe una mayor valía en lo que te pide la institución a lo que el paciente trae con su malestar	Discurso de amo, domina las intervenciones, evoluciones etc.. es preferible datos que mejoras en el paciente. Es una institución hospitalaria donde se valida a los médicos, los psicólogos en segundo plano	Exigiendo más de lo que se me es pedido, contrarrestar esa posición de amo, pero haciéndolo termino siendo más dominado bajo lo que exigen
Estudiante 8	Un poco estresante. Cierta personal no es tan colaborador y de parte de los pacientes, no todos te tratan bien.	Depende del profesional dentro del hospital. Unos ven al psicólogo como parte fundamental del equipo de trabajo en el tratamiento de un paciente y otros los ven como algo no necesario ni importante.	Con respeto y paciencia, darse su propio espacio dentro del equipo y trabajar en el acompañamiento con el paciente.
Estudiante 9	La demanda es alta, los pacientes están llenos de angustias por el lugar en el que se encuentran, sin embargo muchos no acceden a este servicio debido a cómo maneja el hospital este recurso (practicantes)	Es el de cumplir las horas que establece la institución	Cumplir con los objetivos,
Estudiante 10	Varía mucho, existen ocasiones donde la demanda no viene de los pacientes como tal sino de los médicos tratantes de diferentes áreas, y en ciertas ocasiones esta demanda no posee un argumento válido.	Que debemos asistir y atender a los pacientes, y estar en constante alerta de alguien que necesite ayuda, pero a la vez existen trabas fuera de nuestro control que no nos permiten realizar nuestro trabajo al 100%.	Trato de regirme a mis responsabilidades y en la medida de lo posible realizar un buen trabajo con los pacientes que estén a mis disposición.
Estudiante 11	La demanda se enfoca en cumplir rigurosamente con los reglamentos establecidos por la institución, siendo así, que se cumpla con datos, tests e información de los pacientes, independientemente del caso.	El practicante de psicología clínica es el encargado de ver a los pacientes e intervenir en ellos, sobre todo cuando no colaboran con el staff médico, para que el psicólogo "tranquile" al paciente y este se vuelva más colaborativo.	Me sitúo en una posición intermedia, ya que trato de cumplir la demanda institucional, pero a su vez, que esta demanda no interfiera con el proceso terapéutico y subjetividad de cada paciente.
Estudiante 12	La demanda hospitalaria ha sido clara y concisa.	La labor del practicante de psicología clínica ha sido tan relevante como la de un psicólogo perteneciente a la institución.	Me mantengo en una posición participativa, es decir, atiendo y contesto cada elemento requerido para una devolución óptima de las consultas.

Estudiante 13	Es inmensa y de urgencia, debido que, los pacientes están muy poco tiempo de estadía. Sin embargo, es de gran aprendizaje por la variedad de áreas, enfermedades y sujetos.	Desde que estoy en el hospital, aunque por un lado sigue siendo rígido el acompañamiento psicológico y dan prioridad a otros profesionales como médicos o enfermeros, también hemos visto el gran avance en el discurso hospitalario en implementar y acompañar nuestro labor para informar y crear un espacio a los sujetos desde otro lado, es decir, en charlas e incluso en las propias habitaciones.	Al inicio era complejo debido que cada uno posee su propio pensamiento y puede llegar a chocar con algo ya establecido, aún así, durante nuestras clases he llegado a comprender que se trabaja igual con la demanda institucional sin que este me intervenga al punto de volverse algo rígido y mi propio discurso intervenga en forma de oposición, es decir, que exista una balanza de equilibrio entre ambas y que prevalezca el ofrecimiento de terapia que es hacia el sujeto, nuestro objetivo realmente.
Estudiante 14	Como un reto, que por momentos puede volverse muy abrumador.	El practicante de psicología clínica debe realizar visitas diarias por cada área asignada y dar respuestas en torno al "aparente" malestar del paciente. Acentuó esto porque muchas veces ante la demanda del médico, se atienden a pacientes que mantienen un semblante muy tranquilo y no se identifica mayor malestar.	Intento atender los casos asignados pero guardando la confidencialidad del paciente.
Estudiante 15	A veces podía ser muy agobiante ya que la institución como amo te exige mucha producción, orientada a la categorización, sin considerar aspectos subjetivos de los practicantes	Hay que atender a los que el médico diga porque si este lo dice debe ser considerado como verdad, en contraparte, casos complicados no puedes hacerlo por disposición del médico, a pesar de que este desconozca de la formación del practicante de psicología clínica	Al ser parte de la institución es importante seguir sus normas y reglas, sin embargo, es indispensable para el practicante de psicología que reconozca una dimensión de esa demanda a la que puede responder con lo necesario pero sin dejar de lado el trabajo subjetivo, considerando que la institución busca lo opuesto.
Estudiante 16	Constante, en cierto modo persecutoria ante lo que se espera del practicante. Sobre todo en situaciones graves o poco usuales que requerían de intervención, la mirada de "el practicante debe salvar esto" era notable.	Diría que es un discurso que manda y demanda, en tanto el practicante debe alinearse a las necesidades del médico.	Responde desde el lugar de practicante, un lugar que se encuentra en disposición de la institución en tanto estoy dentro de sus normas y necesidades.

Estudiante 18	Exigente	Que debe ayudar a calmar a los pacientes lo más pronto posible	Trato de cumplir la demanda, pero al mismo tiempo mantengo la ética profesional al respetar de la misma manera el tiempo del sujeto
Estudiante 19	Una demanda fuerte	El discurso es de producción, tenemos que atender lo más que podamos y muchas veces eso presiona	Respondo cumpliendo con lo que me piden a pesar de que muchas veces me resulte difícil
Estudiante 20	La describiría como una demanda que aprieta bastante, normativiza y categoriza por excelencia así que no es sencillo regirse ante esto y tratar de no estar "institucionalizados"	Creo que priorizan mucho lo somático, los resultados y los tiempos precisos.	Tratando de no dejarme absorber por este, distanciándome desde la demanda institucional y la demanda del paciente, reconociendo la latente de este y pudiendo responder, a su medida, a la demanda institucional.

Tabla 3

Deseo y Formación del practicante

Variable: Deseo y formación del practicante	Pregunta 6: ¿Cuáles son los dispositivos de la formación clínica (supervisión, análisis personal o terapia, estudio epistémico) que has hecho uso para construir un saber-hacer con el discurso institucional?	Pregunta 7: ¿De qué modo estos dispositivos de la formación clínica han influido en tu formación clínica durante las prácticas como psicólogo clínico?	Pregunta 8: ¿De qué manera crees que el deseo personal influye en tu formación como practicante en psicología clínica?
Estudiante 1	Supervisiones, terapia	Bastante, me dan una idea de cómo son las cosas y verlas desde otras perspectivas, eso me ha ayudado al atender a mis pacientes	Mucho diría yo, si no hay deseo que esté construido como se pretende seguir? si no hay un interés así sea mínimo el trabajo que realizas no podrá ser eficaz, es importante tener eso o bueno construirlo
Estudiante 2	Supervisión y análisis personal	La supervisión de casos me ha ayudado a no tener una visión limitada de los casos atendidos y el análisis personal o soportar la carga hospitalaria	Demasiado, el deseo mueve al sujeto
Estudiante 3	Supervisiones semanales, análisis personal y estudio teórico	Ofrecen contención emocional, conocimiento teórico y fortalecimiento de la identidad profesional	Motiva, da resiliencia y ayuda a integrar la subjetividad con la práctica profesional
Estudiante 4	Supervisión de casos	Me han ayudado a reflexionar sobre mi rol como practicante	Me mueve un deber a ser responsable y terminar mis prácticas
Estudiante 5	Todas me han servido. Maniobrar las demandas institucionales necesita despegar si es una demanda hacia mí (análisis personal), mi praxis (teoría y supervisiones). Despegar esa demanda me ayuda a saber cómo responder.	Me ayudaron a sobrellevar las dinámicas en el hospital.	La práctica se sostiene con el deseo, sostener ese espacio depende más de mí que de los beneficios que se obtienen.

Estudiante 6	Supervisión y análisis personal	Las supervisiones me han permitido no solo recibir orientación y retroalimentación, sino también reflexionar sobre mis propias prácticas y emociones frente a los pacientes, ayudándome a distinguir entre lo que está más alineado con mi ética profesional y las exigencias del entorno institucional.	El deseo de ayudar, comprender y acompañar a los pacientes en su proceso de crecimiento o tratamiento está directamente relacionado con el deseo personal de aportar a la salud mental y el bienestar emocional, lo que me mantiene motivado frente a los desafíos que puedan surgir.
Estudiante 7	Supervisión y terapia	De diferentes maneras, no entraré en detalles, pero de la misma manera que se encuentra una conexión en la cadena de significantes y el analista de ayuda a relacionar la fórmula de síntoma+goce le permite uno tener una visión más amplia de su posición en la institución	De manera de dar, me explico, uno se entrega de manera completa a esta aventura que es totalmente nueva, y uno se entrega totalmente a la institución y por lo general uno termina decepcionado de cómo se maneja una institución
Estudiante 8	Análisis. Considero que al ser un poco frustrante dichas prácticas el análisis como acompañamiento al estrés conllevado me ayudó a poder trabajar y seguir dentro del ambiente hospitalario.	La supervisión y análisis ayuda mucho a que poder hacer dentro del trabajo con el paciente. Es un acompañamiento a conocer si el trabajo realizado es lo ideal y que podríamos hacer/seguir haciendo con el tratamiento.	Influye totalmente. Como psicólogos considero que al trabajar con personas se debe dar todo de sí, tener interés y deseo de poder estar ahí.
Estudiante 9	Análisis personal, terapia, estudio epistémico, supervisión	Construyendo el saber, han sido de ayuda para poder dar un espacio de terapia al paciente,	Gracias a ello se resiste en las prácticas, más en un lugar donde el practicante no tiene un lugar, se siente expuesto y poco bienvenido.
Estudiante 10	Supervisión con el tutor de prácticas, de mis estadísticas, de cuantos pacientes he atendido, de cómo me he estado sintiendo, etc.	Me ha ayudado a ver una diferente perspectiva de qué más pude haber hecho con dicho pacientes	Tal vez al querer dar más de mí en ciertos aspectos pero no llegar a lograrlo, en cierta parte me desmotiva pero trato de que no afecte a mi rendimiento actual.

Estudiante 11	Supervisión, estudio epistémico	Han influido en la apertura a otros puntos vistas y a la vez otras alternativas que yo no había considerado, lo que da un mayor enriquecimiento de las posibles intervenciones a realizar.	Influye en la manera de abordar los casos, ya que, al haber deseo, hay interés por conocer los casos, entender las interacciones y perspectivas de los pacientes, para poder realizar un abordaje terapéutico acorde al discurso del paciente.
Estudiante 12	Todos los elementos mencionados en la pregunta. Es importante realizar un análisis propio para no obstaculizar el acompañamiento psicológico. Así como, las supervisiones y la revisión bibliográfica permitirá obtener una eficaz retroalimentación.	Han influido de manera positiva, dado que permite afinar la escucha y el ojo clínico.	Es un factor fundamental para poder realizar la práctica de manera voluntaria y no por cumplir con un requisito de la carrera.
Estudiante 13	Primero he realizado un análisis personal o terapia, ya que no podría empezar en un lugar sabiendo mis limitaciones que tanto puedo ofrecer o que tanto es lo que deseo o las expectativas que uno piensa encontrar en el hospital, eso por un lado, luego he realizado una supervisión con un estudio para poder ir canalizando como son los reglamentos, las formas de trabajar, el discurso e incluso los objetivos del hospital y que finalidad tienen al momento de recibir o atender a un paciente.	Han hecho que pueda recoger esta información e ir desglosando cada detalle para ir formando poco a poco y también ir desprendiendo cositas que a veces uno cree que se puede manejar así, entonces, es como la oportunidad para volver a formar y a la vez re confirmar nuestro labor y objetivo.	Desde lo personal al inicio mi deseo personal es poder adquirir conocimiento, información, formas nuevas de trabajo, otros pacientes, otra mirada en la que pueda formarme mucho más de lo que ya he ido a lo largo del proceso universitario, aún así, puede haber momentos donde entre, por ejemplo, la angustia que hace dudar y poner en tiembla lo inicial pero luego hace comprender que aún estando en el hospital tendremos falencias y de ello, habrá un nuevo aprendizaje.
Estudiante 14	Supervisión y Terapia	Me han permitido considerar ideas que a lo mejor no consideré relevantes	Es difícil ir a la par de lo que se espera, pero ahora puedo decir que esta demanda también me ha permitido crecer, al tener que salir de mi zona de confort constantemente. Definitivamente era y sigue siendo un reto diario, pero creo que mi deseo de aprender me mantiene motivada, incluso en los días difíciles.
Estudiante 15	Supervisión y análisis personal	A reconocer partes de de mi discurso que se ponen en juego en las demandas del discurso institucional, me ayudó a poder saber cómo posicionarme frente a este	Si no siento que estoy yendo en dirección a mi deseo voy a tener mucha incertidumbre de que estoy en el camino correcto, cuestión que siento que atrevese en momentos puntuales de mi práctica

Estudiante 16	Supervisión con maestros y análisis personal con psicóloga	Han influido en mi modo de abordar los casos, y en mi camino de construir mi propia clínica de intervención.	Mi deseo profesional influye en mi formación de manera que me lleva a saber más, dado que me acerca a una falta en mi saber.. en mi práctica, lo que me llega a buscar otras opiniones y saberes para estar listo ante un caso nuevo
Estudiante 17	He hecho uso de supervisión, terapia y análisis personal constantemente	Me han ayudado, al menos las supervisiones, como una vía para saber si mi labor está yendo por buen camino y recibir una guía. La terapia por otro lado me ha ayudado a poder lidiar con mis emociones y esta nueva etapa (pues al principio me preocupaba el cambio en la rutina)	Influye ya que el deseo personal es lo que motiva al practicante a realizar su labor dentro de la institución, pues hay una vocación de por medio que contribuye a que apunte cada día a mejorar y realizar mejores intervenciones con los pacientes. Sin deseo la formación quizá es más tediosa
Estudiante 18	Me he guiado bastante con las supervisiones y los consejos de profesionales con experiencia en aquel ámbito	Me han ayudado bastante ya que aprendo nuevas formas de abordaje y confirmo si mi trabajo ha sido bueno o puede mejorar	Influye de manera positiva ya que sin deseo no estaría en la carrera. Realizo las prácticas de la mejor manera porque amo la carrera y velo mucho por mis pacientes.
Estudiante 19	La supervisión con mi tutora me ha ayudado a saber hacer con el discurso institucional	Han influido bastante, sobre todo las supervisiones, porque guían mi trabajo y me dan herramientas para poder abordar mis casos	Influye mucho porque sin deseo personal, no creo poder formarme correctamente como psicóloga clínica
Estudiante 20	Supervisión, análisis propio. Muy necesario para no perderse dentro de la normatividad institucional.	Saber cuál es mi posición como psicólogo clínico.	Afecta de manera en la que si mi deseo no está muy avivado no existe en mí las "ganas" de querer ir a encontrarme con el malestar ajeno del paciente. Me inhibo ante este.

Presentación de viñeta clínica

En el contexto de una institución hospitalaria, los médicos realizan interconsultas al departamento de psicología con el fin de que su equipo, compuesto por psicólogos titulados y practicantes, atienda la causa que consideran ha movilizó al paciente.

Génesis, una mujer de 42 años, tenía a su hijo de un año en la Unidad de Cuidados Intermedios debido a una enfermedad congénita llamada distrofia miotónica. Esta condición afecta el desarrollo muscular desde el nacimiento, por lo que suele requerir asistencia para la respiración y la alimentación.

La interconsulta generada por el médico encargado decía: "Se necesita valoración por psicología. Madre reacia al tratamiento del paciente y no colabora con el personal médico".

Ante este tipo de demandas, la labor del practicante puede verse reducida a una simple persuasión, un intento de calmar, aunque sea momentáneamente, la inquietud del médico. Sin embargo, esto implica dejar de lado la posibilidad de comprender la subjetividad de la madre y las razones que la llevan a rechazar el tratamiento. ¿Qué era lo que realmente movilizaba a Génesis en relación con la atención que debía recibir su hijo?

Sin saber exactamente con qué se encontraría —una madre enojada, un médico impaciente ante la negativa, o ambos— el practicante se dirigió al área de cuidados. En ciertos momentos del día, es difícil hallar a los familiares junto a los pacientes, pero este no fue el caso de Génesis: ella estaba ahí, al lado de la cama de su hijo.

El primer contacto fue con el médico. Al preguntarle sobre la madre, este simplemente señaló la camilla y dijo: “**No entiende**”.

El practicante se acercó, se presentó como miembro del departamento de psicología y expresó su interés en conversar con ella. Sin embargo, Génesis no había solicitado la atención psicológica, por lo cual la presencia del practicante no era muy bienvenida.

—Sí, ¿qué desea? —preguntó de inmediato.

El practicante reiteró su intención de conocer cómo se había sentido en estos días, reconociendo que no debe ser fácil atravesar una hospitalización en CIP. Esta vez, ella accedió y se dirigieron a un espacio más privado.

—*Gracias por venir. No quiero ser grosera, pero no necesito a ningún psicólogo. Estoy muy bien y mi hijo también lo está.*

En ese punto, el practicante pudo haber concluido la sesión, argumentando que al menos había intentado la intervención, cumpliendo así con una de las demandas del hospital que es responder a las interconsultas. Sin embargo, optó por un camino distinto y le respondió:

—*Me alegra saber que ambos están bien. ¿A qué se debe que estén aquí hoy?*

Con firmeza, Génesis aclaró:

—*No es solo hoy. Llevo más de un mes aquí, y hace apenas unos días mi hijo salió de Cuidados Intensivos. Por lo tanto, está bien. Como lo vio, no molesta, es tranquilo. Fue diagnosticado con distrofia miotónica, pero yo sé que se va a recuperar con mucha terapia.*

El estado del niño era crítico: permanecía inconsciente y se alimentaba por sonda, ya que tras varias semanas de intubación había perdido el reflejo de succión.

Siguiendo el protocolo, el practicante le preguntó qué le habían dicho los médicos sobre la salud de su hijo. Ante esto, Génesis sonrió con ironía y respondió:

—*No me haga hablar de los médicos, ya me peleé con todos. **No entienden que mi hijo está bien.***

El practicante, con un tono de sorpresa le responde que no sabía que se había peleado y sostuvo el silencio después de lo comentado.

Tras unos segundos, Génesis continuó:

—*Desde que estaba en Cuidados Intensivos, no han dejado de hacerle procedimientos que ponen su vida en riesgo.*

Cuando se le pidió que especificara a qué procedimientos se refería, ella contestó:

—*La traqueotomía y la colostomía. Pero él no las necesita.*

El practicante quiso entender más sobre la postura de Génesis y le preguntó por qué, entonces, los médicos recomendaban esas intervenciones.

—*Mi hijo ha estado internado antes y un cirujano me dijo que no puede ser operado porque no sobreviviría. Ahora otro médico dice lo contrario. ¿Cómo pueden contradecirse tanto?* —dijo con frustración.

Pese a su resistencia inicial, Génesis terminó expresando su enojo. Sin embargo, concluyó la conversación reafirmando su postura:

—*No quiero hablar más. Mis sentimientos me los guardo. No necesito a un psicólogo.*

Ante esto, el practicante guardó silencio. Minutos después, Génesis lo rompió:

—*Me siento enojada. Creí que ya se me había pasado, pero al parecer aún necesito procesarlo. Yo soy la madre, yo lo veo bien. Cuando estaba intubado, la doctora decía que seguiría así por mucho tiempo, pero yo sabía que no lo necesitaba. Exigí que lo extubaran y pasara a respiración asistida, y por eso hoy está en Cuidados Intermedios y no en Intensivos. Ahora este médico quiere incluso demandarme porque no permito que le hagan una traqueotomía. Ni siquiera me explican por qué la necesita.*

El silencio del practicante producto de la posición de vacío que este sostiene, permitió que Génesis encontrara un espacio para verbalizar su indignación, aun cuando al inicio aseguró que no quería hablar.

Una semana después, se generó una nueva interconsulta para el mismo paciente. Esta vez, Génesis y su hijo ya no estaban en Cuidados Intermedios, sino en una sala de hospitalización próxima al alta. Sin embargo, el motivo de la interconsulta seguía siendo el mismo: *“Madre no colabora con el procedimiento”*. Y la queja de ella también persistía: *“Los médicos no se ponen de acuerdo y una traqueotomía amenaza la vida de mi hijo”*.

Parecía haber un *no entender* en la situación. Pero, ¿quién realmente no entendía? ¿Los médicos, con toda su formación, pero que se contradecían entre sí? ¿O la madre, convencida de que su hijo estaba bien?

El trabajo en la supervisión de casos permitió ubicar algunas coordenadas sobre las intervenciones, pues el practicante llevaba sobre sí la exigencia de hacer entender y aceptar el procedimiento. ¿Qué tipo de clínica es posible cuando la solicitud de atención psicológica responde a la insatisfacción con la atención hospitalaria? El practicante se encontraba en una encrucijada: responder a la demanda del médico o ejercer clínica con el sujeto, pero hacer ambas cosas simultáneamente no era tarea sencilla.

En el control, el supervisor señala oportuno abrir un lugar para el no entender, introduciendo el silencio sin invadir con preguntas, sino sosteniendo la demanda latente de la madre. Ella, que se refugiaba en un “no quiero hablar”, pudo, ante la presencia silenciosa del practicante, pudo hacer emerger un sujeto que al menos se puede quejar liberar tensión.

Ante la demanda del hospital, el practicante asumió una posición de tercero, logrando acoger la queja de Génesis y trasladarla a los médicos, señalando la necesidad de mayor claridad en la comunicación. De esta manera, no solo respondió a la demanda institucional, sino que también hizo un lugar para el sujeto en cuestión.

Análisis de resultados

Análisis del cuestionario

Variable 1: Angustia

Pregunta 1: Factores del discurso institucional que angustian:

- **Ejemplos de respuestas:**
 - "La inmediatez con lo que quieren las cosas, te tratan como un empleado más cuando eres un practicante."
 - "El cumplir con lo establecido en la institución, en un lugar donde no hay los recursos para el practicante."
 - "Factores de demandas y expectativas en el practicante, por ejemplo: que el practicante resuelva una situación al beneficio del médico más no por el bienestar del paciente."
- **Análisis:**
 - **Tema recurrente:** La presión por cumplir con las expectativas institucionales que no se alinean con la ética del psicólogo ya que se exige una inmediatez en la "cura" del paciente, además la falta de claridad en los roles y poca apertura para la atención psicológica son factores que generan angustia en los practicantes.
 - **Interpretación cualitativa:** Estos factores pueden relacionarse con el deseo del Otro (la institución), aunque el deseo no es demanda si puede ser algo enigmático para el practicante al ingresar en un ambiente nuevo como el hospital. Una institución que ya tiene instaurada sus propias normas, que devienen como exigencia y que puede movilizar algo en el practicante que trata de hacerse un lugar.

Pregunta 2: Manifestación de la angustia:

- **Ejemplos de respuestas:**

- He sentido ganas de no ir a las prácticas. Se me hacía insoportable estar allá. Hacía lo mínimo que me pedían, me sentía muy ansiosa y temerosa cuando venían las autoridades."
- "Una vez cuestionaron mi capacidad como practicante y no supe qué responder, me sentí muy expuesta y me dieron ganas de llorar".
- "Los primeros días que entraba en el hospital buscaba estar trabajando todo el tiempo para no sentir que estaba haciendo nada, descansar y estar a la vista del ojo público era un suplicio."
- **Análisis:**
 - **Tema recurrente:** La angustia se manifiesta de diferentes maneras, entre ellas la evitación, el temor a la evaluación y la necesidad de justificar constantemente su presencia a través del trabajo incesante. La presencia de figuras de autoridad intensifica este afecto, provocando sentimientos de exposición, inseguridad y desvalorización.
 - **Interpretación cualitativa:** La angustia es el afecto que no engaña, un afecto sin objeto. El Otro se vuelve enigmático y por ende surge la angustia. Cuando se cuestiona su capacidad, el practicante experimenta una anulación del Yo, sintiéndose expuesto y vulnerable. Las ganas de llorar evidencian la intensidad del afecto que surge al sentirse desvalorizado por el Otro institucional. En este sentido, el practicante se ve confrontado a una demanda que lo desubica, que lo obliga a cuestionar su ser.

Variable 2: La Institución (Demanda y Discursos)

Pregunta 3: Descripción de la demanda institucional:

- **Ejemplos de respuestas:**

- "Es absorbente, sobre todo en la parte burocrática. Me pedían informes, papeles, realizar pruebas, nunca acababan."
- "Atosigante, insatisfecha, nunca era suficiente y cualquier error eliminaba los logros anteriores."
- "La demanda se enfoca en cumplir rigurosamente con los reglamentos establecidos por la institución, siendo así, que se cumpla con datos, tests e información de los pacientes, independientemente del caso."
- **Análisis:**
 - **Tema recurrente:** La demanda institucional hospitalaria se presenta como una exigencia burocrática constante, en la que el cumplimiento de normativas y procedimientos administrativos adquiere mayor peso que la singularidad de cada caso clínico. Convierte la práctica en una tarea rígida y mecánica, limitando la posibilidad de una intervención clínica enfocada en el sujeto.
 - **Interpretación cualitativa:** La demanda institucional se presenta como un intento de obturar la falta, de controlar lo incontrolable, imponiendo un orden que anula la singularidad del sujeto. Además, es pertinente recordar que la demanda obtura el deseo, ya que no son lo mismo. El deseo es más allá de la demanda y es lo que permite al sujeto ser sujeto, de lo contrario, alguien entregado a la demanda y exigencia puede quedar reducido a solo objeto y eso causa angustia.

Pregunta 4: Discurso de la institución

- **Ejemplos de respuestas:**
 - "El practicante es visto como aprendiz, apoyo complementario y en un rol secundario frente a otras disciplinas."

- "Prácticamente atendemos al paciente cuando no quiere hacer caso a los doctores o enfermeras. Es como si fuéramos los que convencen."
- "Que debemos asistir y atender a los pacientes, y estar en constante alerta de alguien que necesite ayuda, pero a la vez existen trabas fuera de nuestro control que no nos permiten realizar nuestro trabajo al 100%."
- **Análisis:**
 - **Tema recurrente:** Estas respuestas reflejan cómo los discursos institucionales configuran el lugar del practicante de psicología en el hospital como un rol subordinado y complementario dentro del equipo de salud. Se percibe una asignación de tareas que prioriza la función de asistencia y mediación, más que el ejercicio clínico propiamente dicho.
 - **Interpretación cualitativa:** Se puede observar que en el hospital prima el Discurso del Amo, este que se caracteriza por el imperativo de producción. El practicante no debe detenerse, siempre hay un informe, una charla, algo que hacer para que la cosa marche dentro del hospital. Además, el discurso de la histeria no se queda atrás, los practicantes al tener un rol asimétrico, las autoridades tienden a remarcar lo que no está funcionando o lo que el practicante en su imperfección no pudo hacer de la manera más apropiada.

Pregunta 5: Respuesta y Situación frente a la demanda

- **Ejemplos de respuestas:**
 - "En calidad de objeto."
 - "Exigiendo más de lo que se me es pedido, contrarrestar esa posición de amo, pero haciéndolo termino siendo más dominado bajo lo que exigen."

- "Me sitúo en una posición intermedia, ya que trato de cumplir la demanda institucional, pero a su vez, que esta demanda no interfiera con el proceso terapéutico y subjetividad de cada paciente."
- **Análisis:**
 - **Tema recurrente:** Hay distintas posiciones en los practicantes ante la demanda, se reconoce que la demanda si puede llegar a movilizar pero hay diferentes respuesta como por el ejemplo que esta ubica al practicante como en posición de objeto, sin embargo hay otros que intentan hacer lo que pueden con lo que tienen y darle un viraje para no dejarse llevar por los discursos ya planteados.
 - **Interpretación cualitativa:** El discurso del analista ofrece a los practicantes una oportunidad única para repositonarse en la institución hospitalaria. En lugar de quedar atrapados en la lógica del discurso del amo (donde la demanda institucional impone un saber y un hacer rígido), el discurso del analista permite introducir un quehacer diferente ya que el practicante no tiene que responder automáticamente a la demanda del hospital desde la obediencia o la resistencia, sino que puede operar desde la escucha y la interpretación. Esto le da la posibilidad de sostener un margen de intervención subjetiva en un entorno que tiende a burocratizar la clínica.

Variable 3: Deseo y Formación del Practicante

Pregunta 6: Dispositivos de formación clínica:

- **Ejemplos de respuestas:**
 - "La supervisión con mi tutora me ha ayudado a saber hacer con el discurso institucional"
 - "Supervisión y análisis personal."

- "Supervisiones semanales, análisis personal y estudio teórico."
- **Análisis:**
 - **Tema recurrente:** La supervisión, el análisis personal y el estudio teórico son los dispositivos de formación clínica más utilizados por los practicantes.
 - **Interpretación cualitativa:** La formación del psicólogo clínico se sostiene en tres pilares fundamentales: supervisión, análisis personal y estudio de la teoría, los cuales le permiten sostener una práctica ética y diferenciada. La supervisión brinda un espacio de revisión donde el practicante confronta sus resistencias ante el paciente, al momento que se lleva al control un caso, el supervisor puede señalar e interpretar lo que puede estar siendo de obstáculo en la clínica con el paciente. El análisis personal, es imprescindible ya que el semblante del psicólogo debe ser de objeto a, vacío de su subjetividad, en el encuentro clínico el practicante no debe pensar en sí mismo en relación lo que le pasa a su paciente, sino que debe estar fuera de toda implicación subjetiva y esto se logra con el análisis propio. Finalmente, el estudio de la teoría proporciona el andamiaje conceptual necesario para orientar la clínica, evitando que la intervención se reduzca a respuestas intuitivas o guiadas por supuestos personales. Solo a través de la integración de estos tres elementos, el psicólogo en formación podrá sostener una práctica que no se limite a la repetición automática de protocolos, sino que permita una verdadera intervención clínica.

Pregunta 7: Influencia de los dispositivos de formación clínica

- **Ejemplos de respuestas:**

- "La supervisión de casos me ha ayudado a no tener una visión limitada de los casos atendidos y el análisis personal a soportar la carga hospitalaria"
- "Han influido en la apertura a otros puntos de vista y a la vez otras alternativas que yo no había considerado, lo que da un mayor enriquecimiento de las posibles intervenciones a realizar."
- "Han influido bastante, sobre todo las supervisiones, porque guían mi trabajo y me dan herramientas para poder abordar mis casos."
- **Análisis:**
 - **Tema recurrente:** Los dispositivos de formación clínica influyen positivamente en la formación de los practicantes, proporcionando apoyo emocional, conocimiento teórico y herramientas para afrontar los desafíos de la práctica hospitalaria.
 - **Interpretación cualitativa:** La supervisión les permite identificar sus límites, para que así pueden trabajar en el análisis personal ya que los ayuda a diferenciar su deseo del deseo del Otro, evitando actuar desde la urgencia o el furor de atender, y favoreciendo una escucha que respete la singularidad del paciente. En conjunto, estos tres dispositivos posibilitan que los futuros psicólogos desarrollen una práctica más ética, reflexiva y sostenida en un deseo orientado por la clínica y no por las exigencias del contexto hospitalario.

Pregunta 8: Influencia del deseo personal

- **Ejemplos de respuestas:**
 - "Afecta de manera en la que si mi deseo no está muy avivado no existe en mí las "ganas" de querer ir a encontrarme con el malestar ajeno del paciente. Me inhibo ante este."

- "Mi deseo profesional influye en mi formación de manera que me lleva a saber más, dado que me acerca a una falta en mi saber.. en mi práctica, lo que me llega a buscar otras opiniones y saberes para estar listo ante un caso nuevo".
- "Es un factor fundamental para poder realizar la práctica de manera voluntaria y no por cumplir con un requisito de la carrera."
- **Análisis:**
 - **Tema recurrente:** El deseo es el motor que sostiene a los estudiantes ante las prácticas preprofesionales, ya que este vendría ser el escudo para hacer frente a los inevitables obstáculos que puede haber en un entorno como el hospital.
 - **Interpretación cualitativa:** Es fundamental diferenciar el deseo neurótico del deseo del analista, ya que responden a lógicas distintas. El deseo al que se refieren los practicantes en su experiencia preprofesional está marcado por su propio fantasma, configurando un deseo neurótico que, en última instancia, si sostiene su permanencia en la práctica. Sin embargo, existe otro deseo, el del analista, que no se orienta por lo que él quiera que su paciente comprenda o logre, sino por la posibilidad de que el deseo del sujeto circule. Si bien este tipo de deseo solo puede advertirse en el encuentro clínico, tomar conciencia de él puede llevar al practicante a orientarse hacia una formación que le permita operar desde el deseo del analista y no desde su propia urgencia.

Análisis de viñeta clínica

En este caso clínico, la demanda institucional se presenta a través de la interconsulta médica, donde se espera que el practicante intervenga con la madre para que acepte el tratamiento propuesto por los médicos. La solicitud

de valoración psicológica no surge de la madre, sino del equipo médico, lo que coloca al practicante en una posición intermedia entre la exigencia del hospital y el posible rechazo de esta madre que no quiere saber nada que este relacionado con el hospital. Esta situación ilustra cómo la demanda institucional tiende a estructurarse desde un discurso del Amo, en el que se espera que el practicante funcione como un medio para regular la conducta de la madre, alineándose con los requerimientos hospitalarios, entre líneas está el imperativo de “no sé cómo vas a hacer que acepte, pero la cosa tiene que seguir marchando”. Sin embargo, lejos de limitarse a una acción persuasiva, el practicante logra abrir un espacio para que el malestar de la madre sea expresado, desviándose de la función de convencer y orientándose hacia la escucha.

En cuanto al discurso que atraviesa la dinámica entre médico, madre y practicante, se observa la tensión entre el discurso del Amo y el discurso del Analista. Mientras que el médico parte de una posición de autoridad y reduce la problemática a una falta de entendimiento de la madre, el practicante, en supervisión, logra sostener un vacío que permite la emergencia de un sujeto. El médico afirma: “No entiende”, reforzando una relación de saber-poder donde la madre es ubicada como ignorante ante la situación. No obstante, la intervención del practicante introduce otra lógica: en lugar de ocupar un lugar de saber que la empuje a aceptar el tratamiento, se posiciona en un punto de escucha que permite que la madre despliegue su angustia y su posición subjetiva frente al diagnóstico.

Este devenir de angustia en el practicante proviene de la imposición institucional que lo empuja a responder de manera inmediata y eficaz a la demanda del hospital. La exigencia de hacer entender a la madre y lograr su colaboración genera una presión que pone en juego la dificultad de equilibrar la intervención clínica con la necesidad de cumplir con las expectativas del equipo médico. Sin embargo, la supervisión ofrece una orientación clave: sostener el silencio y abrir un espacio para el no saber, lo que le permite al practicante maniobrar entre la demanda institucional y el encuentro clínico.

Este caso ilustra la importancia de los tres dispositivos fundamentales en la formación del psicólogo clínico: supervisión, análisis personal y estudio teórico. La supervisión le permitió reconocer su resistencia con respecto a la demanda ya que antes de acercarse a la madre, el practicante no se sintió seguro si atender ese caso o derivarlo, además el llevar el caso a control le permitió repensar su posición en el encuentro clínico. Su propio análisis le posibilita hablar de aquello que le moviliza cuando hay una demanda del Otro institucional tan exigente que se sobrepasa su propio deseo y así no perderse al momento de intervenir. Y por último, la teoría le brinda un marco para sostener su intervención desde una ética del psicoanálisis. Así, el practicante logra crear un espacio donde la madre puede expresar su angustia y su lucha por la vida de su hijo, evidenciando que el análisis clínico es posible incluso dentro de las exigencias de la institución hospitalaria.

CONCLUSIONES

Este trabajo analizó cómo la angustia generada por la demanda hospitalaria puede movilizar el deseo de formación clínica en los practicantes de psicología. A través de un enfoque cualitativo, se observó que la angustia surge ante las expectativas y exigencias como demandas que el Otro institucional impone a través del discurso del Amo, de la Histeria y Universitario obturando el deseo del practicante. Sin embargo, una sólida formación clínica, sustentada en la supervisión y el análisis personal, permite al practicante gestionar esta angustia y navegar entre los discursos institucionales. Se concluye que esta misma experiencia de la angustia puede ser usada a favor para tener un abordaje más humano y efectivo en el contexto hospitalario.

La angustia en el practicante de psicología, especialmente en el ámbito hospitalario, se manifiesta como una respuesta a la confrontación con la demanda institucional, un Otro que presenta expectativas y normas no muy claras. Esta confrontación puede movilizar un cuestionamiento del Yo y la identificación del practicante, generando incertidumbre sobre su rol y posición dentro de la institución. También la angustia surge ante la imposibilidad de saber cómo responder a la demanda institucional, revelando una reminiscencia de la castración originaria y colocando al practicante en una posición de falta frente al Otro. En entornos de alta demanda, como el hospitalario, la presión excesiva elimina el espacio para procesar la demanda, impidiendo la articulación con el deseo de atender y promoviendo una atención inmediata y eficaz. Esta falta de espacio para la distancia necesaria imposibilita un deseo orientado y organizado frente a la demanda institucional, manifestándose la angustia como experiencia ante la falta de la falta

En cuanto a la caracterización de la demanda hospitalaria y los discursos que la sustentan, se evidenció que la presión institucional no sólo busca resultados inmediatos, sino que también está marcada por un lenguaje técnico y despersonalizado que a menudo no toma en cuenta la subjetividad del practicante, ni del paciente. Esta demanda institucional está vinculada a la necesidad de cumplir con protocolos y procedimientos médicos, lo que puede

generar tensiones en el practicante, quien se ve obligado a equilibrar las expectativas de la institución con el espacio terapéutico que intenta ofrecer al paciente. Los distintos discursos que se encarnan en el discurso médico a menudo son contradictorios y centrados en la eficiencia, pueden deshumanizar la práctica clínica, presionando a los practicantes a ajustar sus intervenciones a un modelo de eficacia más que a uno de cuidado y comprensión.

Respecto a la influencia de la formación clínica para la práctica hospitalaria, se destacó la importancia de los tres pilares fundamentales: la supervisión, el análisis personal y el estudio teórico. Estos dispositivos permiten al practicante mantener una ética profesional en un contexto cargado de demandas que superan lo singular del caso por caso; lo cual se constata en la viñeta analizada. La supervisión como un dispositivo para pesquisar los puntos ciegos de la escucha clínica, leer el lugar del practicante en la transferencia y revisar los efectos de las intervenciones. El análisis personal para trabajar lo más íntimo de los síntomas del practicante, como sujeto, que podrían impedir la emergencia del deseo del practicante en la atención de un caso complejo. Por último, el estudio teórico, sin el cual no habría fundamento de la práctica.

REFERENCIAS

- Althaus, J. (2020, 22 de junio). Dignidad, lo indigno y la indignación. *NEL Guayaquil*. <https://nelguayaquil.org/2020/06/22/dignidad-lo-indigno-y-la-indignacion/>
- Asensi, M., y Zabalgoitia, M. (2023). Psicoanálisis, educación y cultura. Presencias, omisiones y resistencias al inconsciente. En *Psicoanálisis, educación y cultura. Presencias, omisiones y resistencias al inconsciente* (1a ed.). Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones sobre la Universidad y la Educación. <https://doi.org/10.22201/iisue.9786073088411e.2023>
- Bellón, M. (2016). La angustia ante lo irreductible de lo real. <https://www.aacademica.org/000-044/662>
- Bernal, H. (2019). La diferencia entre necesidad, demanda, deseo y pulsión. *Poiésis*, 36, 74-78. <https://doi.org/10.21501/16920945.3190>
- Da Silveira Donaduzzi, D. S., Beck, C. L. C., Weiller, T. H., Da Silva Fernandes, M. N., & Viero, V. (2015). Grupo focal y análisis de contenido en investigación cualitativa. *Index de Enfermería*, 24(1-2), 71-75. <https://doi.org/10.4321/s1132-12962015000100016>
- Dieguez, M. B. (2022). *La práctica hospitalaria del dispositivo de interconsulta como experiencia de la residencia de psicología*. <https://www.aacademica.org/000-084/422>
- Dolto, F. (1991). *Autobiografía de una psicoanalista*.
- Espinosa, A. (2021). La formación de analista: Contextos teóricos/clínicos y particularidades subjetivas. *Revista psicoanalítica*, 12, 13-21. <https://doi.org/10.25009/psi.v12i0.2595>
- Fernandez, E. (2023). La transmisión en la urgencia: Experiencias en la residencia de salud mental. *Revista de Psicología Hospitalaria*, 5(2), 45-58. <https://go.gale.com/ps/i.do?p=IFME&u=anon~324292f1&id=GALE%7CA654302401&v=2.1&it=r&sid=googleScholar&asid=9511f3bd>
- Foladori, H. (2009). Temores Iniciales de los Estudiantes de Psicología ante el Inicio de la Práctica de la Psicología Clínica. *Terapia*

Psicológica, 27(2). <https://doi.org/10.4067/s0718-48082009000200002>

Freud, S. (1912). *Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico*.

Freud, S. (1919). *Lo siniestro*.

Fuentetaja, A. M. L., & Villaverde, O. I. (2019). *Intervención psicológica en el ámbito hospitalario*. *Clínica Contemporánea*, 10(1). <https://doi.org/10.5093/cc2019a2>

García, C. (2022). El analista en la institución, una presencial a-normal. *Lapso*, 7, 24-31. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/lapso/article/view/40158>

Hernández, S., Fernández, R., Baptista, L., Del Pilar, M. (2014). *Metodología de la investigación* (6ª ed.). México: [McGraw Hill Interamericana Editores S.A. de C.V.](https://www.mcgraw-hill.com)

Kaës, R., Bleger, J., Enriquez, E., Fornari, F., Fustier, P., Roussillon, R., & Vidal, J. (1989). *La institución y las instituciones*. Paidós.

Lacan, J. (1962). *El seminario, libro 9: La identificación*. Inédito.

Lacan, J. (1987). *Seminario 11: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Paidós.

Lacan, J. (1990). *El Seminario 7: La ética del psicoanálisis*. Paidós

Lacan, J. (1999). *Seminario 5: Las formaciones del inconsciente*. Paidós.

Lacan, J. (2007). *El seminario, libro 10: La angustia*. Paidós.

Lacan, J. (2008). *Seminario 17: El reverso de la psicosis*. Paidós.

Lacan, J. (2008). *Seminario 2: El Yo en la teoría de Freud y en la técnica psicoanalítica*. Paidós

Lacan, J. (2009). *Del Trieb de Freud y del deseo del psicoanalista*. En *Escritos 2* (3ª ed. rev. y corr., pp. xx-xx). Siglo XXI Editores.

Lacan, J. (2009). *Escritos 1* (T. Segovia, Trad.). Siglo XXI Editores.

Lacan, J. (2009). *La dirección de la cura y los principios de su poder*. En *Escritos 2* (3ª ed. rev. y corr., pp. xx-xx). Siglo XXI Editores.

Laurent, E. (2012). *Principios rectores del acto psicoanalítico*. [\[Archivo PDF\]https://nucep.com/wp-content/uploads/2012/10/eric_laurent.pdf](https://nucep.com/wp-content/uploads/2012/10/eric_laurent.pdf)

Laurent, É. (2017, marzo 11). *La práctica y el control*. *Psicoanálisis Lacaniano*. <https://psicoanalisislacaniano.com/la-practica-y-el-control/>

- Martínez, V. (2013) *Paradigmas de investigación Manual multimedia para el desarrollo de trabajos de investigación. Una visión desde la epistemología dialéctico crítica*. [Archivo PDF]. https://pics.unison.mx/wp-content/uploads/2013/10/7_Paradigmas_de_investigacion_2013.pdf
- Mauer, S. K., Moscona, S., & Resnizky, S. (2015). Espacio de supervisión: trabajo vincular. *Psicoanálisis*, 37(2 y 3), 347-359. <https://www.psicoanalisisapdeba.org/wp-content/uploads/2018/03/Mauer-Moscona-Resnizky.pdf>
- Mauer, S., Moscona, S., Resnizky, S. (2015). Espacio de supervisión: trabajo vincular. *Psicoanálisis*, 37(2-3), 347-359. <https://www.psicoanalisisapdeba.org/wp-content/uploads/2018/03/Mauer-Moscona-Resnizky.pdf>
- Miller, J.-A. (2019, 27 de marzo). Para introducir el efecto-de-formación. *Escuela Lacaniana de Psicoanálisis*. <https://elp.org.es/para-introducir-el-efecto-de/>
- Moreta-Herrera, R., & Guerrero-Escobar, E. (2019). Análisis sobre la formación académica y el ejercicio profesional del psicólogo clínico en Ecuador. *Pensamiento Psicológico/Pensamiento Psicologico*, 17(1), 33-43. <https://doi.org/10.11144/javerianacali.ppsi17-1.afae>
- Nota*. Adaptado de Cuadrípode de los discursos de Jacques Lacan, 2008, Seminario 17: El reverso del psicoanálisis.
- Noya, V. (2023). *El control en la práctica del analista*. Aacademica. <https://www.aacademica.org/000-009/440>
- Noya, V. (2023). El control en la práctica del analista. En *XV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXX Jornadas de Investigación. XIX Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. V Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional V Encuentro de Musicoterapia*. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-009/440>
- Pasicel, H. (2018). El deseo y la función de la palabra. En *X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología*

- XXV Jornadas de Investigación XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-122/507>
- Patri, L. B. (2018). *La angustia de castración: estructura y función*. En *X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXV Jornadas de Investigación XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-122/509>
- Pozzo, M. I., Borgobello, A., & Pierella, M. P. (2018). Uso de cuestionarios en investigaciones sobre universidad: análisis de experiencias desde una perspectiva situada. *Revista Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales*, 8(2), e046. <https://doi.org/10.24215/18537863e04>
- Real Academia Española. (s.f.). *Demanda*. En *Diccionario de la lengua española* (23.^a ed.). Recuperado de <https://dle.rae.es/demanda?m=form>
- Rojas, M. A., y Fazio, V. P. (2023). El control en la formación del psicoanalista. En *XV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXX Jornadas de Investigación. XIX Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. V Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional V Encuentro de Musicoterapia*. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-009/463>
- Ruiz, E. (2014). Aportes de la teoría de los discursos y del lazo social de Jacques Lacan al contexto universitario actual. *Revista de Psicología*, 17(17). <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5053292.pdf>
- Secretaría Nacional de Planificación (2021). Objetivo del Eje Social. [Archivo PDF]. [Plan de Creación de Oportunidades 2021 2025.pdf \(cepal.org\)](https://www.cepal.org/es/publicaciones/objetivo-del-eje-social)
- Sustainable Development Goal 4: Educación de calidad | Las Naciones Unidas en Ecuador*. (s. f.). Sustainable Development Goal 4:

Educación de Calidad | las Naciones Unidas En Ecuador.

<https://ecuador.un.org/es/sdgs/4>

Valle Taiman, A., Manrique Villavicencio, L., & Revilla Figueroa, D. M. (2022). La Investigación Descriptiva con Enfoque Cualitativo en Educación. Pontificia Universidad Católica del Perú.

<https://repositorio.pucp.edu.pe/index/handle/123456789/182854>

Vargas, D. (2020). La angustia que no engaña y la que engaña. *Revista Universitaria de Psicoanálisis*, 20, 73-81.

https://www.psi.uba.ar/publicaciones/psicoanalisis/trabajos_completos/revista20/vargas.pdf

ANEXOS

Preguntas del cuestionario semiestructurado

Sección 1: Angustia. – afecto que no engaña (por el deseo del Otro, de castración, como señal y cuando falta la falta)

1. ¿Qué factores del discurso institucional consideras que podrían angustiar a un practicante de psicología clínica?
2. ¿Cómo se ha manifestado la angustia en ti, como practicante, durante las prácticas en la institución hospitalaria?

Sección 2: La institución (Demanda y discursos)

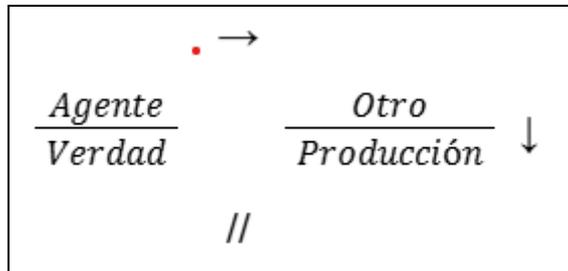
3. ¿Cómo describirías la demanda institucional hospitalaria durante la experiencia de tus prácticas?
4. ¿Cuál es el discurso de la institución hospitalaria respecto a la labor del practicante de psicología clínica?
5. ¿De qué modo respondes y te sitúas frente a la demanda institucional y su discurso?

Sección 3: Deseo y formación del practicante (análisis, supervisión y teoría)

6. ¿Cuáles son los dispositivos de la formación clínica (supervisión, análisis personal o terapia, estudio epistémico) que has hecho uso para construir un saber-hacer con el discurso institucional?
7. ¿De qué modo estos dispositivos de la formación clínica han influido en tu formación clínica durante las prácticas como psicólogo clínico?
8. ¿De qué manera crees que el deseo personal influye en tu formación como practicante en psicología clínica?

Figura 2

El cuadrípode del discurso de Lacan (2008) en el *Seminario 17: El reverso del psicoanálisis*, p. 182





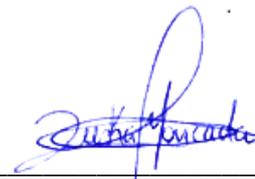
DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Moncada Godoy, Zuska Libeth**, con C.C: **#0958276834** autor/a del trabajo de titulación: **Entre la angustia del practicante y las demandas hospitalarias: Una oportunidad para la formación clínica** previo a la obtención del título de **Licenciada en psicología Clínica** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **24 de febrero** de 2025

f. 

Nombre: **Moncada Godoy, Zuska Libeth**

C.C: **0958276834**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Entre la angustia del practicante y las demandas hospitalarias: Una oportunidad para la formación clínica		
AUTOR(ES)	Moncada Godoy, Zuska Libeth		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	De la Rosa García, José Miguel		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Psicología, Educación y Comunicación		
CARRERA:	Psicología Clínica		
TÍTULO OBTENIDO:	Licenciada en Psicología Clínica		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	24 de febrero de 2025	No. DE PÁGINAS:	92 p.
ÁREAS TEMÁTICAS:	Formación clínica, Institución hospitalaria, demanda institucional, Salud mental, Psicoanálisis.		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Angustia, demanda institucional, institución hospitalaria, deseo, formación clínica, practicante		

RESUMEN/ABSTRACT La presente investigación analizó cómo la demanda institucional hospitalaria generó angustia en los practicantes de psicología clínica y de qué manera esta experiencia movilizó su deseo de formación clínica. En el contexto hospitalario, los practicantes enfrentaron exigencias que requerían respuestas inmediatas, lo que limitó la posibilidad de intervenciones profundas y generó una presión significativa. Se examinaron conceptos clave como la angustia, la demanda institucional y la formación clínica, con el objetivo de proponer estrategias que les permitan desarrollar un saber-hacer ante la contingencia hospitalaria. Además de evidenciar el impacto de la demanda institucional, esta investigación buscó visibilizar las dificultades que los practicantes atraviesan en la institución, destacando la importancia de la supervisión de casos, el análisis personal y la actualización epistemológica como herramientas fundamentales para fortalecer su formación. Para ello, se utilizó un enfoque cualitativo basado en cuestionarios semiestructurados y el análisis de viñetas clínicas, lo que permitió comprender sus vivencias frente a la presión y las expectativas institucionales. Los resultados reflejaron que la supervisión, el análisis personal y la actualización teórica fueron estrategias esenciales para afrontar la angustia y consolidar la práctica clínica en el ámbito hospitalario..

ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593969894469	E-mail: moncadazuska@gmail.com
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Torres Gallardo, Tatiana Aracely, Mgs.	
	Teléfono: +593-4-2209210 ext. 1413 - 1419	
	E-mail: tatiana.torres@cu.ucsg.edu.ec	

SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA

Nº. DE REGISTRO (en base a datos):	
Nº. DE CLASIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):	